CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXX[e] SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

DÉMENCE PRÉCOCE
ET
SCHIZOPHRÉNIE

PAR

Le Professeur Henri CLAUDE
(de Paris)

PARIS
MASSON ET C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXe SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

DÉMENCE PRÉCOCE ET SCHIZOPHRÉNIE

PAR

Le Professeur Henri CLAUDE
(*de Paris*)

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926

DÉMENCE PRÉCOCE ET SCHIZOPHRÉNIE

Il ne serait pas possible, dans un rapport comme dans un exposé devant le Congrès, de faire un tableau complet de la démence précoce. Depuis de nombreuses années la littérature psychiatrique a vu éclore une quantité infinie de publications sur ce sujet, un périodique même a été consacré uniquement à cette étude, et la documentation dont j'ai dû m'inspirer est assez étendue pour que j'aie cru pouvoir renoncer à rappeler les indications bibliographiques (1). Ce qu'il faut dire tout d'abord c'est que nos connaissances sur la démence précoce sont inspirées avant tout par l'œuvre considérable de M. Kræpelin et par celle de M. Bleuler. Les noms de ces deux éminents savants dominent, de l'avis unanime, à un haut degré, toute l'histoire de la démence précoce ; mais l'évolution des idées avait été marquée déjà par les œuvres de psychiatres qu'il serait injuste de laisser dans l'oubli, parmi lesquels il convient de citer les noms d'Esquirol, de Morel, de Kahlbaum, de Hecker, de Régis, de Chaslin.

Si le Congrès des Aliénistes et Neurologistes a cru devoir mettre à son ordre du jour un sujet aussi étendu que la schizophrénie, c'est qu'apparemment il pensait que des échanges de vues étaient nécessaires sur la manière de comprendre la question, et que même certaines opinions très accréditées méritaient d'être discutées, afin de tendre à compléter, à parfaire le travail déjà entrepris.

Appelé à exposer, après mon éminent collègue le Professeur Bleuler, des opinions qui procèdent de celles qu'il nous a fait connaître, mais qui s'en écartent sur certains points, je ne dissimulerai pas que j'éprouve quelque embarras : aussi le prierai-je de vouloir bien considérer que quelques

---

(1) J'ai trouvé des sources d'informations précieuses dans les articles de M. Minkowski des *Annales Médico-psychologiques*, dans les articles de la collection de l'*Encéphale*, dans les articles de la *Zeitschrift f. die Gesammte Neurologie und Psychiatrie* et dans les traités classiques récents français et allemands.

divergences dans l'interprétation de certains états psychopathiques ne diminuent en rien la très grande admiration que je suis heureux de manifester pour son œuvre.

Et pour entrer tout de suite dans le débat je dois m'expliquer sur les raisons qui m'ont conduit à intituler ce rapport : Démence précoce et Schizophrénie ; j'essaierai ensuite de justifier cette distinction en exposant successivement comment je comprends la démence précoce, les schizoses et particulièrement la schizophrénie, mais je ne ferai qu'indiquer les psychoses paranoïdes qui exigeraient des développements trop considérables.

⁂

La conception de M. Bleuler qui a exposé ses idées en 1911 dans son ouvrage intitulé : *Démence précoce ou schizophrénie* est énoncée dès le début quand il nous dit : « Je nomme la D. P. Schizophrénie parce que la dissociation des différentes fonctions psychiques est une des caractéristiques les plus importantes. Par commodité j'emploie le mot au singulier bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies. La schizophrénie comprend, en effet, dit-il, un groupe de psychoses qui évoluent tantôt d'une façon chronique, tantôt par poussées et peuvent s'arrêter à chaque stade ou repartir, mais sans retour complet *ad integrum.* Elle est caractérisée par une altération de l'intelligence, une altération du sentiment et des relations avec le monde extérieur, en quelque sorte spécifique et qu'on ne trouve nulle part ailleurs. » Après ce résumé d'une netteté admirable, M. Bleuler décrit les symptômes fondamentaux et les troubles fonctionnels associés, et signale inversement l'intégrité de certaines autres fonctions. Cette description s'applique parfaitement à un groupe de cas qu'avec M. Bleuler nous acceptons d'appeler schizophrénies. Mais si ce groupement symptomatique spécifique caractérise bien une catégorie de faits, nous ne pensons pas qu'il se retrouve chez tous les sujets qui manifestent des phénomènes *d'insuffisance psychique* à la période qui va de l'adolescence à l'âge adulte, indépendamment des troubles dus à des lésions grossières attribuables à la syphilis, aux infections ou aux intoxications aiguës, ou à l'épilepsie. L'observation nous a montré qu'on rencontre des malades chez qui on ne parvient pas à retrouver

ce processus spécifique prévalent et persistant de dissociation des fonctions psychiques qui caractérise la schizophrénie et se traduit par les troubles dans les associations des idées, de l'affectivité et l'ambivalence, avec intégrité relative de la mémoire, de l'orientation, de la conscience de soi-même, des perceptions, etc.

Lorsqu'on considère les cas d'une manière objective en s'attachant surtout au mode de début, aux circonstances qui ont pu favoriser l'éclosion des troubles, à l'analyse des caractères de la maladie, et enfin à l'évolution de celle-ci, il nous apparaît qu'une distinction s'impose entre la démence précoce et les diverses formes de schizophrénie.

Cette distinction nous apparaît d'autant plus intéressante qu'elle conduit sans doute à des notions différentes au sujet du pronostic et du traitement. S'il s'agit dans une forme, d'une entité nosologique ayant très certainement un substratum anatomique, avec des localisations électives probablement sur certaines parties des centres nerveux, on comprend que les efforts thérapeutiques n'auront pas le même objectif ni les mêmes résultats, que dans une autre forme qui serait plutôt l'expression d'une constitution spéciale, de tendances psycho-pathologiques dont la réalisation plus ou moins caractérisée serait en rapport plutôt avec un trouble à l'origine surtout fonctionnel, dynamique et par conséquent plus accessible aux méthodes de rééducation et de réadaptation à la vie normale.

⁂

LA DÉMENCE PRÉCOCE

A l'occasion de ce rapport j'ai relu la collection d'observations de malades de mon service ou de ma pratique privée afin de comparer les divers types rentrant dans le groupe de ces insuffisances psychiques primitives. Ce travail n'a fait que confirmer les opinions qui ont été émises autrefois sur la déchéance rapide et globale des facultés intellectuelles chez des sujets jeunes, à l'occasion d'une activité fonctionnelle probablement au-dessus de leur capacité, ou d'une atteinte toxi-infectieuse des centres. Comme il convient dans une question aussi complexe que celle qui nous occupe

de raisonner avant tout sur des faits, je citerai à titre d'exemples quelques observations résumées.

Hug., jeune fille de 19 ans, sans antécédents héréditaires névropathiques ou psychopathiques connus, dans ses ascendants immédiats, père, mère, grands-parents, nature affectueuse, très vivante, exempte de manifestations névropathiques à la puberté. Pas de maladies graves. Passe un premier examen avec succès à 17 ans. Prépare un autre examen (brevet supérieur) plus difficile, exigeant une somme de travail plus considérable, fatigue, amaigrissement, peu à peu ralentissement de la capacité de travail, nécessité de prolonger les heures d'études, se rend compte de l'insuffisance de ses acquisitions, s'en préoccupe ; vers le mois de mai doit abandonner ses études constatant qu'elle ne pourra être prête pour l'examen, devient indifférente progressivement, puérile, alternatives de rires et de pleurs sans raison apparente, aboulie, affectivité diminuée, inactivité, torpeur, mutisme, gâtisme, stéréotypies de gestes, de paroles. Observée dans mon service de juillet 1924 à avril 1925: état hébéphréno-catatonique typique, attitudes cataleptoïdes, grimaces, balancement continuel du corps, impossible de provoquer aucune réaction d'ordre affectif, aucune manifestation intellectuelle. En quelques semaines la déchéance psychique a été constituée et s'est maintenue pendant les dix mois qu'a duré notre observation, jusqu'au transfert dans un autre asile.

Cette observation est calquée en quelque sorte sur celles qui ont été publiées par les anciens auteurs qui nous ont fait connaître ce type de démence primaire des jeunes gens : observations d'Esquirol relatives à l'idiotie acquise, et surtout de Morel qui, dans diverses parties de ses ouvrages, et notamment dans ses *Etudes cliniques* (1853) et son *Traité,* a cité au chapitre de la stupidité des observations remarquables avec portraits des malades qui réalisent le type le plus net de ces cas, en même temps d'ailleurs que des formes que nous rapprocherons de la schizophrénie (obs. de Célestine G., démence précoce) et de Séraphine T. (démence schizophrénique). Certes Esquirol, comme Morel qui proposa le nom de démence précoce, avaient une conception de la nature de la maladie qui peut prêter à la critique, mais le caractère général de celle-ci et son évolution étaient déjà complètement indiqués par eux. Qu'importe en effet que l'observateur génial que fut Morel ait pensé qu'il s'agissait d'une démence terminale, dernier terme d'un état de dégénérescence, d'une évolution fatale dont l'adolescent avait apporté le

germe en naissant, que l'arrêt prématuré des facultés chez lui fût lié à l'hérédité alcoolique, ou psychopathique (1). Le fait capital c'est que cet auteur ait indiqué dans ses observations les principaux caractères cliniques, l'apparition chez des sujets jeunes, l'évolution rapide, la déchéance démentielle réelle. Kahlbaum décrit ensuite sous le nom *d'hébéphrénie* une affection à évolution démentielle, apparemment sous l'influence de l'évolution pubérale dont les caractères furent précisés plus tard par son élève Hecker qui introduisit notamment la notion d'un état périodique (crises d'excitation, de dépression), surajouté au tableau clinique dont le caractère essentiel est la relation avec l'époque de la puberté. « La démence des jeunes gens qui jusque-là n'avait été pour tout le monde qu'un accident, soit fortuit, soit lié à un état de dégénérescence, devenait pour Kahlbaum un symptôme constitutif essentiel, d'une maladie bien définie, ne se montrant qu'à une période déterminée de la vie (Christian) ». Aussi Kahlbaum, fidèle à son idée de la liaison avec l'évolution physiologique, classait-il son hébéphrénie dans les groupes des *paraphrénies* à côté de la démence sénile.

Ces différents auteurs reconnaissaient donc déjà à ces cas les caractères d'une maladie dont le cadre était assez bien limité quand Kræpelin vint par sa description si complète lui donner une authenticité véritable.

Si l'on prend la description de Kræpelin avec ses formes simple, hébéphrénique, catatonique et paranoïde, on voit que en somme il s'agit d'une maladie à symptômes variables selon les sujets, suivant les phases de l'évolution, mais qui après avoir débuté sous des apparences diverses, avec des symptômes interchangeables, se termine plus ou moins rapidement par la déchéance intellectuelle. Toutefois si la description de Kræpelin, dans un certain nombre de cas, répond bien au type que nous indiquions, elle est restée imprécise par endroits, car cet auteur a été en présence de malades dont l'affection n'évoluait pas vers la démence et dont le caractère de dissociation à type schizophrénique lui apparaissait déjà.

---

(1) On pourrait, à cet égard, rapprocher l'opinion de Morel de celle des auteurs qui considèrent la D. P. comme provoquée par l'existence de « gênes » spécifiques transmises par voie héréditaire.

Vers la même époque Christian rassemblait dans un mémoire important des observations d'hébéphrénie auxquelles il attache les caractères suivants : apparition constante à l'âge de la puberté, manifestations délirantes variables au début, impulsions soudaines constantes, terminaison rapide par une démence plus ou moins complète. Toutes ces observations de Christian ont trait à des jeunes gens dont les antécédents ne présentent rien de remarquable, dont les capacités intellectuelles étaient souvent au-dessus de la normale (25 0/0), qui entrent dans la maladie soit par l'affaiblissement graduel de l'intelligence, soit par des troubles du caractère, ou des idées délirantes absurdes, ou enfin un état d'excitation à type maniaque, et dont l'affection aboutit plus ou moins vite à la déchéance démentielle.

Kræpelin a complété peu à peu dans les éditions successives de son livre le tableau des types cliniques de cette démence précoce et, surtout en face de nombreux cas qui ne rentraient pas dans le cadre de la maladie à évolution démentielle, il a été amené à assigner d'abord à cette affection des caractères généraux tirés plutôt d'une conception psychologique que de l'observation clinique : l'affaiblissement des mobiles affectifs d'une part, la perte de l'unité intérieure de l'autre. Il assignait ainsi dans la symptomatologie une valeur prédominante aux troubles de l'affectivité et de l'activité volitionnelle sur les éléments psychiques à proprement parler.

Enfin tout en reconnaissant que les variétés cliniques n'ont qu'une valeur artificielle il arrive dans sa 8e édition à décrire huit ou neuf formes de D. P. sans compter les paraphrénies.

Il est donc difficile d'apprécier, en raison de cette variabilité d'aspect qui est très conforme d'ailleurs à la réalité de l'observation clinique journalière, la pensée réelle de Kræpelin. En attribuant, comme il l'a écrit, à la D. P. des lésions expressives d'un processus destructif analogue à celui des autres démences, sous la dépendance d'un processus toxique, d'origine endocrinienne probable, il semble bien considérer la maladie, dont il nous a donné une description si complète, comme une démence. Mais il n'a pas voulu la dégager d'autres variétés d'insuffisances psychiques que nous examinerons plus loin.

Dans la critique qu'ils ont faite de la conception kræpe-

linienne, MM. Binet et Simon ont mis en relief les inconvénients qui résultaient, dans la description d'une maladie, de la multiplicité des formes, insuffisamment reliées soit par une base anatomique soit par une conception physio-pathologique. Ils ont fait remarquer que ce qui importait ce n'était pas les apparences externes de la maladie, les symptômes, mais le fond mental qui était à l'origine. Aussi ont-ils recommandé de s'attacher surtout à l'étude de l'état mental pris dans son ensemble, à l'étude de la personnalité du malade, de son comportement. Pour eux la démence précoce est une démence vraie, comparable à la paralysie générale ou à la démence sénile, mais ils n'ont pu préciser les caractères donnant une allure particulière à la maladie. Ainsi que l'a dit Minkowski, pour ces auteurs les symptômes sont des formes vides venant éclore sur un « fond d'intelligence inférieur » et de « pauvreté intellectuelle ».

Nous accueillons très volontiers l'opinion de MM. Binet et Simon, mais il convient d'observer qu'à l'époque où ils écrivaient (1910), les conceptions de M. Chaslin et de M. Bleuler n'avaient pas encore vu le jour et qu'ils ne discutaient que sur les faits comme on les comprenait à la lueur des notions qui avaient cours à la suite des travaux de l'école française et de la profonde empreinte qu'avait laissée la doctrine kræpelinienne.

Instruits comme nous le sommes aujourd'hui par les travaux plus récents, nous restons attachés à la formule d'investigation qui a été donnée par MM. Binet et Simon et qui procède des études des anciens psychiatres français, tout en reconnaissant que les aspects cliniques rentrent le plus souvent dans les cadres qui ont été dressés par Kræpelin.

A l'appui de notre opinion et pour fixer les idées non seulement sur l'aspect clinique mais encore sur l'évolution de ces démences primaires vraies, nous rapporterons encore une observation résumée qui montrera mieux que la première citée plus haut, la genèse et la constitution définitive de ces états démentiels que nous opposerons plus tard aux divers états schizophréniques.

H. Pierre, né en 1897. Aucune hérédité psychopathique ou nerveuse importante chez les parents, les grands-parents, les parents de divers degrés. Pas d'aliénés dans la famille. Milieu protestant,

très uni, très correct ; conditions d'existence heureuses, affectivité normale. Un frère et une sœur aujourd'hui mariés, normaux. Dans l'enfance, tuberculose localisée à un os du tarse, séjour à Berck, guérison, sans autre maladie grave. Etudes au lycée, intelligence moyenne, suivait bien les cours jusqu'en 1914, quoiqu'avec un léger retard dû à la maladie de l'enfance. En 1914, en classe de première, ralentissement sans cause de la capacité de travail, fatigue cérébrale, diminution de la mémoire, se plaint à ses parents du mauvais résultat de son effort. Le père l'encourage, l'aide dans ses études, mais le jeune homme ne réussit plus à accomplir sa tâche. Repos, exercices physiques. La torpeur cérébrale persiste. On parle d'interrompre les études quand le 23 mai survient une crise à caractères d'excitation maniaque nécessitant aussitôt le placement dans une maison de santé. Par la suite crises d'agitation incohérente avec périodes de rémission ou phases de dépression et mutisme. Dans l'intervalle, inaction, désœuvrement, niaiserie des propos ; les événements de la guerre laissent le malade indifférent, tenue négligée, indifférence affective, docilité, propos puérils. Cet état se poursuit en 1915. Le malade s'occupe parfois à quelques menus travaux de découpage, mais sans aucune initiative, ni intérêt, ne lit pas, ne s'inquiète pas de sa condition. L'indifférence affective est au prorata de l'affaiblissement intellectuel général. En 1916, même état d'agitation périodique. Le malade est placé en Suisse dans une famille qui l'entoure de ses soins et essaie de l'adapter sans succès à quelques travaux de menuiserie, jardinage dans les périodes où l'agitation est moindre. En 1917, l'agitation diminue, et en 1918 l'état est devenu assez calme pour que le malade puisse être mis à la table familiale, mais il faut le faire manger, il est malpropre, il n'a aucune initiative, il ne se livre à aucune occupation. De temps en temps périodes de mutisme, quelques impulsions. Depuis cette époque, l'affaiblissement reste le même : indifférence, apathie, aucune initiative, aucune curiosité, aucune occupation. Le malade, qui vit en liberté, reconnaît sa famille, mais ne se souvient pas de ce qu'on lui a dit lors des précédentes visites. Venu à Paris en 1925, il ne m'a pas reconnu, alors qu'il me voyait beaucoup autrefois. Sa tenue, son attitude sont celles d'un idiot ; il ne peut fournir aucune explication sur son voyage, son genre de vie ; il sait à peine qu'il est à Paris. Le ton de voix est monotone. Ses lettres ont les caractères graphiques de celles d'un enfant de 7 ans ; elles sont inspirées par l'entourage et contiennent en deux lignes quelques vagues formules affectueuses à l'égard de la famille. Il s'agit donc d'une démence globale, complète, sans aucune activité partielle, sans catatonie, sans idées délirantes, sans hallucinations.

Voilà un type tel que nous en avons vu fréquemment, qui est fixé dans cet état de déchéance intellectuelle depuis 12 ans, et qui répond à une des variétés de la démence précoce vraie, telle que nous l'entendons. C'est en somme la forme simple de Kræpelin qu'il a caractérisée par « l'appauvrissement et la dévastation progressive de toute la vie mentale ». Début précoce à 16 ans, mais contrairement à ce que dit Kræpelin, sans aucune hérédité similaire dans la famille que je connais depuis plusieurs générations, sans choc affectif, sans antécédents psychonévropathiques, chez le malade, qui avait une existence heureuse, à l'abri de toute cause de conflit d'ordre moral ou social. Comme l'a indiqué Morel l'évolution est rapide et la démence est complète en peu de temps. En effet si nous considérons le fond mental, comme le demandent Binet et Simon, en dehors de la symptomatologie extérieure plus ou moins bruyante (crises d'excitation, crises de mutisme, impulsivité, violences, etc.), nous assistons à une transformation complète de la personnalité de ce jeune homme qui jadis correct dans son attitude, affectueux, respectueux, travailleur, devient soudainement violent, indifférent dans une certaine mesure à l'égard de ses parents et complètement insensible aux événements et à l'ambiance. Peu à peu il présente tous les signes de la démence globale : absence de tout jugement ou raisonnement, puérilisme, niaiserie, dans les actes et les propos, inactivité, inertie, apathie, affaiblissement de la curiosité, de la mémoire, de l'imagination. Il est réduit très vite réellement à la condition de l'idiot, incapable d'aucune acquisition, d'aucune initiative, dont tous les actes doivent être surveillés. Il ne s'agit pas d'une pseudo-démence résultant d'un processus de refoulement ou d'intériorisation.

Dans d'autres cas le sujet présente d'une façon plus ou moins durable les symptômes de l'hébéphréno-catatonie sur lesquels nous n'insisterons pas ou bien la forme hébéphrénique avec manifestations délirantes et surtout hallucinatoires. Mais l'hébéphrénie délirante se caractérisera ici d'emblée par le caractère niais, absurde, incohérent du délire, l'incapacité pour le sujet de maintenir son attention, le décousu des propos, la fuite de la pensée. Les associations d'idées qui sont à peu près nulles dans la forme simple, sont pauvres dans ces cas, dirigées par assonance ou similitude de mots, mais sans lien avec le stock d'idées enfouies

dans le subconscient autant que les investigations peuvent permettre de s'en assurer. Les hallucinations sont souvent multiples, intriquées, se déroulant si rapides qu'elles arrivent à peine à la perception consciente. Elles déterminent souvent des gestes de défense, des tics, des grimaces, des interjections brusques. Le malade ne peut en général même pas en faire part à qui l'interroge. Ces hallucinations ne sont pas en rapport avec la vie intérieure du sujet. Elles sont dépourvues de caractères personnels, et constituent une sorte de parasitisme sensoriel, Mais toute cette symptomatologie bien connue n'a qu'une valeur de phénomènes indicateurs qui attirent l'attention du médecin, dont elle doit provoquer la critique et qu'elle doit engager à analyser de plus en plus soigneusement les capacités intellectuelles du sujet. En effet beaucoup de ces symptômes se rencontrent dans la confusion mentale, dans l'excitation maniaque à caractère périodique, dans certains délires épisodiques des prédisposés héréditaires, dans certaines psychoses infectieuses ou toxiques.

Enfin dans la période *de début* les phénomènes d'épuisement nerveux, physique ou psychiques, doivent être distingués de la *neurasthénie essentielle*. On retrouve dans les deux cas bien des caractères analogues *vus de l'extérieur :* fatigabilité, sentiment d'incapacité pénible, apathie, aboulie, céphalée, troubles du sommeil, modifications de l'attention, de la mémoire, de l'activité, interprétations à tendances hypochondriaques avec idées de préjudice, avec sentiment de dépersonnalisation, etc. Mais si la neurasthénie procède d'un état d'épuisement des centres nerveux et psychiques qui a des analogies fonctionnelles avec les phénomènes qu'on observe dans la D. P., les troubles sont loin d'avoir la même évolution. Ils se stabilisent à un certain stade, dans la neurasthénie, et le sujet conserve surtout une autocritique souvent trop aiguisée, il souffre de la diminution de ses appétits divers, de son inactivité, de son insuffisance d'élan, ce qui prouve que son affectivité n'est que perturbée mais non déficiente. Enfin et surtout les mécanismes d'association d'idées, du jugement et du raisonnement ne sont entravés que par la lenteur des opérations intellectuelles et non détruits comme dans la D. P.

Ainsi l'état mental de la D. P. apparaît, comme caractérisé avant tout par l'affaiblissement progressif, puis l'anéantissement global des facultés intellectuelles. Certes ce qui domine,

c'est le trouble profond de l'affectivité, de l'activité, de la curiosité, mais toutes les autres facultés qui constituent la capacité intellectuelle sont rapidement dans un état d'infériorité manifeste. De l'inégalité de ces insuffisances fonctionnelles peuvent résulter, en raison du trouble dans le contrôle réciproque des facultés et leur jeu harmonique, des manifestations symptomatiques assez différentes, mais l'importance de celles-ci n'a qu'une valeur relative : ce qui importe c'est de reconnaître l'affaiblissement global rapide. Voilà donc, à notre avis, comment se caractérise le type de la démence précoce dont la connaissance résulte des observations de Morel et de Kræpelin. M. Minkowski a dit qu'il ne s'agissait pas d'une véritable démence, car le concept de démence repose sur deux éléments essentiels : troubles de la mémoire, troubles du jugement qui font défaut chez ces malades. Mais comme M. Minkowski ne distingue pas la démence précoce de la schizophrénie, il est difficile de savoir quels cas il a en vue lorsqu'il émet cette opinion à la suite de Chaslin. La démence précoce telle que nous la comprenons se fait remarquer justement par des troubles profonds du jugement, et la mémoire est fortement atteinte, au moins pour les faits récents, à la période d'état. Dans les démences séniles la mémoire n'est pas toujours compromise pour les faits anciens, il en est de même pour la paralysie générale, et dans ces deux maladies l'affaiblissement intellectuel ne comporte pas toujours, pendant une certaine période, des troubles profonds du jugement.

Il n'y a en somme pas de caractères qui soient absolument spécifiques de cette démence que l'on pourrait nommer plutôt démence primaire des gens jeunes que démence précoce. En effet, son caractère principal c'est de survenir non pas comme le disait Morel, comme accident terminal d'un état psychopathique lié à la dégénérescence qui n'est pas le plus souvent démontrée, mais comme un accident imprévu, portant chez des individus en général pas particulièrement prédisposés. D'autre part, si les auteurs anciens avec Kahlbaum, Hecker, Christian, avaient été frappés par la fréquence de l'affection pendant l'adolescence, la maladie n'a pas toujours ce caractère de précocité qu'on lui attribue et il n'est pas rare de la voir s'installer à l'âge adulte. Mais ces considérations ne suffisent pas pour justifier l'existence de cette maladie en tant qu'entité nosographique distincte de la schizophrénie. Il

conviendrait qu'en dehors des manifestations traduisant la déchéance psychique, des conditions d'apparition et de l'évolution en général progressive, nous puissions trouver des caractères spécifiques dans l'étiologie, la pathogénie, les troubles d'ordre biologique et surtout l'anatomie pathologique.

Il faut bien reconnaître qu'à cet égard nous sommes peu documentés, mais peut-être à la faveur de cette distinction que nous proposons les recherches seront-elles poursuivies plus aisément.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question attachaient une importance primordiale, dans la genèse de la maladie, aux phénomènes de transformation pubérale : d'où le terme d'hébéphrénie (folie de la puberté). Mais comme Christian l'a fait remarquer, la crise pubérale peut engendrer d'autres états psychopathiques que celui qui nous occupe (paranoïa, psychose maniaco-dépressive, confusionnelle). Qu'à la période de développement sexuel l'économie de certains individus puisse être plus vulnérable, plus délicate, le fait n'est pas douteux. Cette explication n'est malgré cela pas suffisante. A la même époque on voit souvent survenir la tuberculose, la fièvre typhoïde, des anémies, mais la puberté n'est ici qu'une cause occasionnelle, d'autres causes déterminantes ont une efficacité plus certaine. Il en est de même pour la démence précoce.

D'après les observations que nous avons consultées, il semble que la place la plus importante soit attribuable à l'épuisement nerveux et à l'infection.

L'épuisement nerveux doit être considéré comme quelque chose de très relatif qui est fonction à la fois des causes morbifiques et du terrain. Une activité physique ou intellectuelle identique aura des conséquences différentes suivant les sujets car la capacité de résistance ou d'efforts des cerveaux est certainement inégale. La quantité considérable d'observations dans lesquelles on ne trouve à l'origine de la maladie qu'un effort physique et surtout intellectuel assez intense vient à l'appui de cette opinion. Il est vrai qu'on a dit que le surmenage accusé n'était qu'apparent et que c'est l'état morbide déjà bien caractérisé du sujet qui a provoqué le caractère pénible du travail. Cette objection ne paraît guère valable, car c'est précisément au moment de l'effort maximum fait par les sujets en vue d'un examen, ou au cours d'occupations professionnelles, ou de changement de condi-

tions sociales dures qu'on a vu éclore les troubles psychiques. Mais encore une fois il est probable qu'il faut mettre en cause ici, comme nous le ferons à propos de la schizophrénie, l'insuffisance de résistance des organes de l'activité psychique.

Il n'est pas impossible qu'il existe une débilité constitutionnelle du cerveau, distincte de la débilité mentale au sens psychiatrique, comme il existe une débilité hépatique, rénale, qui favorise l'usure fonctionnelle (Edinger), les processus abio-trophiques (Gowers) sous l'influence de l'effort prolongé. Nous connaissons de même les déchéances fonctionnelles qui surviennent à certaines époques de la vie et qui frappent des systèmes déterminés : connexions cérébelleuses (Friedreich), hérédoataxie, atrophie olivo-ponto-cérébelleuse), système pyramidal (sclérose latérale, amyotrophique, scléroses combinées, myopathies, etc.).

A cette fragilité peut s'ajouter dans quelques cas l'élément infectieux ou toxique : c'est ainsi que peuvent s'expliquer les démences précoces post-infectieuses (puerpéralité, fièvre typhoïde, grippe), etc., qui ont été décrites par Régis sous le nom de démences post-confusionnelles. L'encéphalite épidémique réalise aussi un tableau véritablement typique de la forme hébéphréno-catatonique (Logre, H.-Claude Euzière, P. Kahn). Dans une famille j'ai pu relever trois cas de démence précoce hébéphréno-catatonique survenus au moment de l'épidémie d'encéphalite, l'un des malades a guéri et est resté guéri depuis plusieurs années ; un autre cas s'est terminé par la mort, et le troisième, après une rémission, a récidivé sous une forme définitive de D. P. La mère de ces trois garçons avait présenté des accidents de psychose maniaque-dépressive.

D'autres affections, la tuberculose notamment, ont été invoquées à l'origine de certaines démences précoces (Duntan, Kiernan, Claus, Régis). Il est certain que les déments précoces sont fréquemment atteints de tuberculose et succombent en général à cette maladie mais il est difficile de démontrer que l'infection bacillaire a provoqué les lésions de la D. P. et il est plus probable que la tuberculose s'est développée secondairement sur un organisme affaibli par les conditions dans lesquelles vivent ces malades.

La syphilis enfin a été décelée, surtout sous la forme héréditaire, chez un certain nombre de déments précoces et il conviendrait peut-être de lui accorder un rôle pathogénique (Marchand, Tinel et Page, Demay et Baudouin).

La démonstration de la dualité des états démentiels précoces et des schizophrénies ne pourrait être apportée que par la découverte d'un agent pathogène spécifique de l'encéphalite qui caractériserait la D. P. conformément à l'opinion de quelques auteurs ou par démonstration de l'existence d'altérations différentes dans l'un ou l'autre cas. Mais pour résoudre ce problème il serait nécessaire de recourir à la méthode anatomoclinique rigoureuse qui a donné des résultats si remarquables en neuropathologie. Or, il est rare de trouver des observations cliniques soignement recueillies et d'avoir en même temps sous les yeux les examens histologiques poursuivis avec les techniques les plus modernes. C'est que les malades ont, en général, une existence qui se prolonge fort longtemps, et que le médecin, qui a l'occasion de les observer à la période terminale et de faire l'examen anatomique, n'a que des documents incomplets sur les phases antérieures de l'affection.

En ce qui concerne l'examen clinique il y a lieu de faire remarquer que, en dehors de l'observation psychiatrique proprement dite, la recherche des signes physiques peut donner des indications relatives à l'existence d'altérations diffuses des centres nerveux.

Kræpelin, dès 1899, avait déjà donné une énumération assez complète de ces signes physiques et notamment insisté, après Kahlbaum, sur les vertiges, les accidents convulsifs dans 18 0/0 des cas.

Mignot (1900) a bien étudié les troubles pupillaires. Seglas a montré la fréquence du dermographisme : 100 pour 100 des cas de catatonie, 50 0/0 des cas d'hébéphrénie, 30 0/0 des cas de paranoïdes. Dide a décrit les troubles des réflexes tendineux. Enfin Sérieux et Masselon ont fait une étude particulièrement complète de ces troubles physiques à laquelle il n'y a rien à ajouter sauf que les observations portent sur les formes les plus diverses de la démence précoce. Retenons, néanmoins, leurs conclusions : « En général, les troubles physiques sont d'autant plus accentués que la psychose revêt une forme plus aiguë. Il semble que les symptômes en question (sauf l'exagération des réflexes tendineux) appartiennent surtout à la période active *d'intoxication diffuse du système nerveux*. Ultérieurement, quand le poison a été éliminé de l'économie, les troubles physiques, relevant de l'action généralement passagère du toxique sur les divers ter-

ritoires de l'axe cérébro-spinal, tendent à rétrocéder. Seuls, ou presque seuls, persistent les symptômes démentiels qui reconnaissent pour cause les lésions graves et permanentes dues à l'action élective du poison de la démence précoce sur les éléments les plus vulnérables de l'écorce cérébrale. »

Nous rappellerons encore quelques-uns des travaux concernant l'anatomie pathologique de la démence précoce en regrettant que la confrontation des observations cliniques et des constatations histologiques soit bien insuffisante. Alzheimer, dans un cas qui répond au type de D. P. que nous avons en vue et caractérisé surtout par la catatonie, signale des altérations et des destructions des cellules ganglionnaires avec production de néo-fibrilles névrogliques et localise le maximum du processus dans les couches profondes de l'écorce. Nissl, dans un cas mal défini au point de vue clinique, indique également des lésions cellulaires avec neuronophagie, dégénérescence vacuolaire, et prolifération névroglique. Vogt montre aussi des lésions cellulaires atrophiques, la prolifération névroglique surtout dans la zone moléculaire, et peu de lésions vasculaires. Cramer, dans un cas répondant à l'hébéphrénie de Kræpelin insiste à côté des lésions cellulaires et névroglique, sur l'hypertrophie des cellules de la couche moléculaire, et décrit, dans la substance blanche, des vaisseaux à parois hypertrophiées renfermant dans les espaces adventitiels de rares leucocytes et des amas pigmentaires. Duntan indique les altérations cellulaires et l'absence de lésions des fibres et des vaisseaux. Klippel et Lhermitte ont caractérisé les lésions de la D. P. par l'intégrité des vaisseaux et des fibres de projection contrastant avec les altérations des cellules pyramidales, des fibres d'association et des cellules des ganglions centraux (démence neuro-épithéliale). De Buck et Deroubaix localisent surtout les lésions dans la région frontale et décrivent des proliférations des cellules névrogliques dans la couche moléculaire et des fibres pyramidales, des altérations des cellules pyramidales avec satellitose névroglique, et des destructions des cellules polymorphes. Les vaisseaux sont peu altérés. Les fibres tangentielles et supra-radiaires sont un peu raréfiées. Anglade et Jacquin (1908) ont enfin très judicieusement fait observer que les lésions en foyer, qu'ils ont vues, de même que celles décrites par les auteurs, ne peuvent être considérées comme caractéristiques, et que, dans la D. P., considérée

comme un syndrome, l'anatomie pathologique ne peut être unique, chaque forme répondant à des lésions différentes. Toutes ces recherches ont été faites dans la période où les cas étaient observés, en bloc, à la lumière de la description kræpelinienne. Kleist avait, toutefois, fait, dès 1908, au Congrès d'Heidelberg, un effort pour chercher une relation entre la symptomatologie catatonique et les lésions encéphaliques : « Autant qu'on peut l'affirmer, dit-il, d'après les protocoles d'autopsie il s'agit, dans les cas de manifestations toniques, de malades du lobe frontal ou du corps calleux, et parfois du cervelet. Il est vraisemblable que l'interruption des voies qui vont de l'écorce frontale aux noyaux du pont et de là au cervelet, doit être invoquée pour expliquer l'apparition des symptômes toniques. » Cette opinion est intéressante à rappeler, car, à l'époque où elle était exprimée, l'attention était peu attirée sur les voies extrapyramidales et les noyaux gris mésocéphaliques. Dide, Guiraud et Lafage, d'une part, d'Hollander, d'autre part, ont montré l'importance des relations cortico-striées. Pour ce dernier auteur la lésion du syndrome catatonique devrait être cherchée dans une perturbation des relations de la sphère cortico-motrice avec les centres extra pyramidaux.

Ajoutons que Laignel-Lavastine, Trétiakoff et Yorgoulesco (1921) ont observé des altérations toutes différentes de celles rapportées par les autres observateurs et qu'ils ont décrites sous le nom de « plaques cyto-graisseuses », des altérations siégeant surtout dans les corps striés.

Dans ces dernières années l'étude des lésions histologiques dans la démence précoce a été reprise particulièrement par Klarfeld, Josephy, Buscaino, Dunlap, Southard, Fünfgeld, Münzer et Pollak, Schuster, etc.

Voici d'après P. Schiff (*L'Encéphale,* 1924), le résumé des opinions de quelques-uns de ces auteurs :

Les lésions de la D. P. consisteraient en un processus pathologique touchant à la fois les cellules nerveuses et les cellules névrogliques du cortex (Klippel et Lhermitte, Buscaino, Klarfeld, Joséphy).

Les lésions des cellules nerveuses sont caractéristiques pour Joséphy, elles ne le sont pas pour Klarfeld. Lhermitte insiste surtout sur l'atrophie et la surcharge lipochromique des cellules nerveuses, plus que sur la dégénérescence graisseuse ; c'est la sclérose (protoplasma surcolorable et cylin-

dres-axes en tire-bouchon) qui paraît importante à Joséphy. Mais cet auteur ainsi que Klarfeld prend également beaucoup en considération les lacunes cellulaires.

Les fibres nerveuses, surtout les fibres de projection, seraient intactes (Lhermitte, Joséphy), altérées au contraire selon Buscaino.

Les lésions névrogliques sont acceptées par tous les auteurs, mais pour Klarfeld elles sont aussi typiques de l'affection que les lésions des cellules pyramidales ; pour Joséphy les lésions des cellules pyramidales sont primitives et seules pathognomoniques.

Les fibres névrogliques sont souvent touchées (Klarfeld), le plus souvent intactes (Joséphy). Les lésions corticales sont diffuses, selon les auteurs allemands ; localisées en petits foyers suivant Buscaino pour qui les fibres nerveuses, surtout de la voie extra-pyramidale, seraient interrompues par des plaques « racémeuses » de désintégration, plaques en grappes, lésions interrompant les communications entre la corticalité et les ganglions centraux, et qui seraient la cause de cette dissociation entre l'affectivité et l'intelligence qui caractérise, au point de vue clinique, pour cet auteur, la démence précoce. Ces lésions ont été considérées par d'autres auteurs comme des artifices de préparation. Pour Joséphy, il est possible d'établir la localisation au point de vue topographique (lobe frontal surtout) et au point de vue stratigraphique (couche III et V de Brodmann). Lhermitte avait noté aussi la prédominance au lobe frontal et occipital et d'autre part, dans les couches III, V, VI, Klarfeld croit qu'il est illusoire de vouloir localiser la lésion de la démence précoce.

Les altérations s'étendent aux noyaux centraux, selon le témoignage concordant de Lhermitte, de Joséphy, de Buscaino, et pour ce dernier auteur les lésions thalamostriées sont particulièrement capitales. Pour Joséphy la lésion essentielle au point de vue de la psychose réside dans la corticalité, les troubles moteurs sont sous la dépendance de la lésion striée, mais ne retentissent pas secondairement sur la psychose.

Dans l'ensemble ces lésions seraient trop peu pathognomoniques pour permettre à elles seules un diagnostic anatomique de la D. P. Ce n'est pas tout à fait l'avis de Joséphy qui entrevoit non seulement un tableau histologique propre à l'affection, mais même des variétés de lésions suivant que

la maladie a une évolution brève ou bien qu'elle a duré fort longtemps ; ces cas chroniques, à leur tour, différant entre eux au point de vue histologique suivant qu'ils ont été progressifs ou stationnaires.

On voit donc, d'après ce résumé de P. Schiff, que des divergences d'opinions assez sérieuses existent entre les auteurs relativement à l'histologie pathologique des cas qu'ils *ont considérés comme des démences précoces,* l'accord semble n'exister guère que sur la concomitance de lésions névrogliques et d'altérations atrophiques des cellules pyramidales du cortex. Mais P. Schiff fait suivre son travail critique d'une relation des travaux de Dunlap (1923), qui s'est astreint dans l'étude du cerveau des déments précoces à des règles strictes, conformes à celles de l'observation anatomo-clinique que nous réclamons : diagnostic clinique indiscutable, autopsies faites immédiatement après la mort. En quatre ans il n'a pu réunir à l'Institut psychiatrique de Ward's Island, à New-York, que huit cerveaux satisfaisant à ces conditions. Or les conclusions de Dunlap sont absolument négatives : « Notre étude, dit cet auteur, portant sur des cas soigneusement choisis pour une étude objective, n'a rien montré qui permît de soupçonner l'existence d'une maladie organique du cerveau comme base de cette psychose ».

Mais on pourrait objecter à Dunlap que dans ses observations il ne fait pas la discrimination que nous réclamons entre les cas rentrant dans le type de la D. P. comme nous la comprenons ou dans la schizophrénie.

Si nous essayons de rechercher parmi les observations de Joséphy s'il existe des différences dans les caractères histologiques, suivant les types cliniques, nous ne pouvons arriver à aucune conclusion. Il n'y a que deux observations dans le mémoire de cet auteur (1923) qui puissent être retenues au double point de vue clinique et anatomique, en raison des détails assez précis de l'observation et de l'absence de complications, ce sont les 2 observations de cas simples, non chroniques, et encore pourrait-on objecter que chez la femme qui fait l'objet d'une observation, le début à 37 ans est bien tardif. Dans ces deux cas qui répondent à peu près, le premier surtout, celui de l'instituteur, au type de la démence précoce, les lésions sont assez caractérisées. Les autres observations sont incomplètes ou d'une interprétation difficile.

Aussi croyons-nous qu'il serait prématuré de donner une description des lésions de la D. P. comme on donne une description de la paralysie générale et surtout de fournir des caractères différentiels précis entre les formes démentielles rapides qui constituent la vraie D. P. et les variétés de schizophrénie à évolution souvent lentement progressive.

Dans un cas que nous avons pu étudier histologiquement et qui répondait au type de l'hébéphrénie (1) à évolution rapide dont je donne ci-joint l'observation résumée, j'ai constaté que dans des régions disséminées de l'écorce, surtout vers le pôle frontal et dans les circonvolutions pariétales, on trouvait des altérations en *foyers* caractérisées par la diminution du nombre des éléments, surtout des cellules pyramidales. Les autres cellules sont atrophiées, sclérosées, entourées par des éléments satellites. Parfois les lésions paraissent plus accusées au niveau de la troisième couche. Dans les noyaux centraux et surtout dans la couche optique on retrouve des altérations cellulaires de même ordre. De plus, bien que le sujet fût jeune, les artères étaient souvent entourés d'une zône de raréfaction de la trame névroglique.

Nous avons cherché d'autre part, avec Santenoise et Tinel, si certaines épreuves biologiques ne nous donneraient pas des indications plus précises sur l'état fonctionnel des centres nerveux ou des appareils endocrino-sympathiques. Nous n'avons pas obtenu des résultats absolument démonstratifs. Il nous a paru pourtant que dans la plupart des cas de démence précoce la réponse aux réflexes oculo-cardiaque et solaire était négative et nous en avions conclu que ce signe ainsi que l'absence de réaction aux agents pharmacodynamiques actionnant le sympathique et le parasympathique permettait une discrimination entre la D. P. et les états schizophréniques, les états psychasthéniques et même certaines confusions mentales. Il faut savoir toutefois que les

---

(1) Lev. né 15 juin 1905, décédé 12 septembre 1925 (tuberculose pulmonaire), interné à Ste-Anne le 7 juillet 1919.

Indifférence, mutisme, bizarrerie d'attitudes et des actes. Grimaces. Rires immotivés. Tendances à la violence vis-à-vis de son entourage. Alternatives d'excitation et de dépression. Symptomes hypothyroïdiens (Dr Camus).

27 novembre 1919. Après un temps d'observation suffisant, parce qu'on hésitait entre le diagnostic de confusion mentale et de D. P., ce dernier diagnostic est nettement posé. Stéréotypies constantes, crises de rire, mutisme ; indifférence, apathie (Dr Roubinovitch).

29 novembre 1923. Affaiblissement intellectuel, mutisme, gâtisme (Dr Paetet).

Mort le 12 septembre 1925.

réactions sympathiques sont assez variables, car nous avons vu des sujets dont les réflexes étaient nuls durant la période d'état d'une crise de catatonie schizophrénique retrouver leur réflectivité dans une période de rémission.

Quant aux troubles endocriniens admis par Kræpelin, par Mott et beaucoup d'autres auteurs, il est difficile encore actuellement de préciser leur rôle dans la genèse de la démence précoce. Nous inclinons à penser avec W. Mott (1923), que l'activité des glandes sexuelles est perturbée mais nous n'irions pas jusqu'à affirmer avec cet auteur que la D. P. est une maladie dégénérative en rapport avec une déficience des glandes génitales. Tout récemment W. Mott (octobre 1925) a montré qu'il existait des anomalies de développement ou des lésions, probablement dans tous les organes, mais surtout des organes génitaux et du cerveau: atrophie testiculaire, disparition des spermatozoïdes à tous les stades de leur développement, augmentation du tissu interstitiel, avec dégénérescence pigmentaire des cellules interstitielles, analogues à celle constatée chez les vieillards. Chez les femmes, on trouve une dégénérescence scléreuse des ovaires. Les lésions centrales consisteraient en augmentation et irrégularité des contours de la membrane nucléaire, modifications de la coloration basophile du réseau intranucléaire au Nissl. Mott en conclut que si le noyau considéré comme l'élément primordial de l'énergie cellulaire est insuffisant, les décharges d'énergie transmises au cylindraxe seront insuffisantes. Le neurone peut avoir gardé sa vitalité, tout en ayant une insuffisance fonctionnelle. Ces modifications de la chromatine nucléaire pourraient être sous la dépendance d'une altération génésique primaire, en rapport avec l'hérédité. Nous avons cru trouver un rapport entre la rémission ou la guérison apparente de la D. P. et l'emploi à fortes doses de préparations orchitiques ou ovariennes. Bayard Holmès a vu une relation entre les troubles des fonctions surrénales et la démence précoce. Mott et Hutton ont attiré l'attention sur les modifications de la pression sanguine qui est en général abaissée dans la D. P. La réaction de Gœtsch n'a été normale que dans 2 cas sur 50. Les capsules surrénales, aux autopsies, se sont révélées plus petites et les examens histologiques ont montré des altérations aussi bien dans la corticale que dans la médullaire, mais avec prédominance dans cette dernière.

Ce sont des constatations qui méritent d'être retenues mais nous estimons que des recherches nouvelles sont nécessaires pour éclairer la question des rapports de la D. P. avec les troubles endocriniens.

L'existence de phénomènes vasomoteurs et trophiques, les modifications du réflexe psychique des pupilles, du métabolisme, les changements dans la coagulabilité du sang, la sédimentation (d'Abundo), les variations de la température, ont conduit quelques auteurs comme Kuppers à localiser les lésions de la démence précoce dans la région hypothalamique où les recherches anatomo-physiologiques ont démontré la présence de centres répondant à diverses fonctions d'ordre végétatif. Cet auteur admet que la D. P. est une maladie d'une certaine partie de la substance grise ventriculaire centrale, une sorte de paralysie des centres supérieurs du système végétatif.

Les altérations si fréquentes de cette région dans l'encéphalite épidémique qui se révèle parfois par un syndrome hébéphréno-catatonique fournissent un argument nouveau à l'appui de l'opinion qui tend, au point de vue physio-pathologique, à localiser les manifestations de la D. P. dans une altération mésencéphalique. Dide, Guiraud et Lafage, Cruchet, Jakob ont insisté sur la similitude qui s'observe entre les affections du système strio-pallidal (Maladie de Wilson, Maladie de Parkinson) accompagnées de démence et la forme catatonique de la D. P. Dide et Guiraud ont observé chez leurs déments catatoniques l'attitude parkinsonienne, l'hypertonie musculaire, les phénomènes sympathiques. Pour d'Hollander (1922) « la lésion du syndrome catatonique devrait être cherchée aussi dans une perturbation des relations de la sphère cortico-motrice avec les centres extra-pyramidaux, soit par le barrage des voies afférentes, soit par des effets inhibitoires qui privent le système cortico-pyramidal des incitations volitionnelles propres à le mettre en action, d'où l'inertie. L'akinésie et la catalepsie peuvent se trouver associées aussi bien dans la D. P. que dans le Parkinson. L'analogie des deux tableaux cliniques est frappante ».E. Frankel a également situé la lésion de la catatonie démentielle dans les noyaux de la base, principalement dans le corps strié, elle conditionne la faiblesse volitionnelle qui pour cet auteur domine toute la sémiologie de cette psychose. Mais nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet.

Les constatations faites en médecine vétérinaire parlent dans le même sens : la maladie désignée chez le bœuf et le cheval sous le nom d'immobilité est une forme de catatonie et l'examen anatomique montre qu'il existe dans ces cas une encéphalite tuberculeuse localisée surtout aux ventricules qui sont distendus (Besnoit, Soc. de path. comparée, 1924).

Enfin nous rappellerons qu'expérimentalement Buscaino (1922) croit avoir reproduit par l'injection d'histamine dans les centres nerveux du lapin le syndrome biologique commun à la démence précoce, la confusion mentale et à la forme chronique de l'encéphalite léthargique. Il en a conclu plutôt prématurément que les lésions de la démence précoce relèvent essentiellement d'une intoxication chronique par un corps proche de l'histamine qui, chez des individus prédisposés, se fixe en des zones d'élection des centres nerveux.

⁂

En somme, il y a une maladie qui se manifeste par un début assez bien déterminé, parfois presque soudain, dont les symptômes après une période initiale sans caractères très particuliers se groupent nettement de telle sorte qu'on puisse distinguer des formes cliniques bien individualisées. Cette maladie qui survient chez les jeunes gens indépendamment de toute notion de constitution psychopathique avérée, de tout élément affectif reconnu, d'une hérédité similaire constante, se développe comme si elle était l'expression d'une infection, d'une auto-intoxication sur un terrain prédisposé par une certaine débilité du système nerveux. Elle se caractérise assez vite, quelles que soient les formes cliniques revêtues, par une insuffisance globale progressive des facultés intellectuelles avec prédominance sur certaines d'entre elles. En face d'un tel tableau qui est réalisé, il est vrai, beaucoup plus rarement que la forme schizophrénique, on a *l'impression* qu'il s'agit d'un trouble analogue aux insuffisances fonctionnelles qu'on observe sur d'autres organes en rapport avec des altérations bio-chimiques variables dans leur intensité, leur durée, ou bien avec des lésions lentement progressives, plus ou moins rapides et destructives suivant la résistance de ces organes. Il semble même que ces altérations n'aient pas durant assez longtemps un caractère très profond en raison de la variabilité des symptômes, de leur atténuation par périodes, des rémissions ou même des guérisons supposées.

Malheureusement, à l'inverse de ce qui s'observe dans les autres insuffisances fonctionnelles des divers organes, en face de cette symptomatologie et de cette évolution assez bien différenciées, on ne nous a pas apporté de constatations d'ordre anatomique ou biologique suffisamment précises pour fournir l'explication rationnelle qu'a donnée par ailleurs la méthode anatomo-clinique. Nous avons *l'impression* d'être en présence d'une maladie organique dont la spécificité ne peut toutefois pas être affirmée comme pour la paralysie générale par un groupement symptomatique en rapport avec des lésions à caractère bien tranché, par des réactions humorales distinctes et un agent pathogène reconnu, faisceau de faits d'ordre clinique, biologique, anatomique donnant une autonomie indiscutable à cette maladie.

Ce type que nous avons cherché à individualiser sous le nom de démence précoce paraît surtout tirer son originalité de son début rapide à la manière d'une encéphalite, indépendamment de dispositions schizoïdes, de l'existence de complexes affectifs plus ou moins refoulés, du trouble primitif des associations qui dominent la notion bleulérienne de la schizophrénie. *Avant de poursuivre l'exposé de cette conception dualiste qui satisfait davantage l'esprit pour expliquer les cas les plus nettement tranchés, nous ne nous refusons pas à admettre qu'il existe un grand nombre de faits intermédiaires, et que la démence précoce et la schizophrénie proprement dites seront peut-être considérées comme les deux formes extrêmes d'une maladie, variable dans sa symptomatologie et son évolution, suivant certaines conditions d'hérédité, suivant surtout l'importance relative de l'élément organique ou de l'élément psychogène.*

***

En raison de cette impossibilité d'adapter les manifestations cliniques à un ensemble de troubles organiques bien définis, les observateurs modernes se sont proposés beaucoup moins de s'attacher aux phénomènes extérieurs, et de grouper les caractères similaires, qu'à les rapporter à un processus psycho-biologique commun. C'est pourquoi tous les faits rentrant dans le cadre de la description de Kræpelin ont été réunis volontiers sous le nom de démence précoce : les caractères primordiaux indiqués par cet auteur, leur groupement en formes bien différentes constituant une armature solide de nature à

rassurer les plus hésitants. Mais on doit reconnaître que bien des cas ne s'adaptèrent pas facilement à la description de Kræpelin. Certes celle-ci proclamait la prédominance des troubles de l'affectivité et du comportement dans la vie, sur les déficiences du psychisme proprement dit, mais en somme l'hébéphrénie, la catatonie, et même les formes paranoïdes si mal délimitées, n'en constituaient pas moins des états démentiels quoiqu'à un degré moindre en général que dans les autres démences. Or dans un grand nombre de cas on constatait que la déchéance intellectuelle n'était pas rapide et totale, qu'il existait surtout un trouble dans l'association des idées, trouble irrégulier dans ses manifestations, lié à une diminution de l'attention et à des idées délirantes tirant leur origine de perturbations préalables de l'affectivité. C'est ainsi qu'en 1910 dans une discussion à la Société de Psychiatrie, à propos de deux observations relatées avec Lévy-Valensi, nous avions été en opposition avec certains de nos collègues en rapportant à la démence précoce des affections dans lesquelles nous faisions ressortir la possibilité de rémissions d'assez longue durée et surtout l'existence de périodes passagères « durant lesquelles on observe des phénomènes traduisant une activité psychologique régulièrement coordonnée, contrastant quelques instants après avec des manifestations incohérentes et stupides ». Les deux malades qui faisaient l'objet de cette présentation constituent à nos yeux, aujourd'hui, des cas parfaitement nets de psychose paranoïde à type schizophrénique en raison de l'évolution lente de la maladie prenant son origine dans des complexes affectifs, et des phénomènes d'automatisme mental exprimés sous une forme délirante, des stéréotypies symboliques et des pseudo-hallucinations en rapport avec un refoulement incomplètement censuré. Or, le diagnostic porté à propos de deux observations recueillies à une période où les notions relatives à la schizophrénie n'avaient pas cours, avait suscité des résistances parce que le tableau présenté par les malades s'éloignait de celui qu'on attribuait alors à la démence précoce conformément à la doctrine kræpelinienne. Nous insistions, en effet, particulièrement sur la « *dissociation* dans les processus morbides telle qu'à côté de symptômes traduisant une défaillance certaine de l'intelligence on constate par instants des signes d'une activité psychologique parcellaire pour ainsi dire aboutissant à des manifestations qui *contrastent* réellement avec l'expression générale ordinaire du psychisme de l'individu ».

Nous ajoutions en réponse aux objections qui nous étaient faites : « Ce qui nous a engagé à présenter cette malade c'est la constatation que nous avons pu faire au milieu des manifestations de toutes sortes, traduisant l'affaiblissement des facultés psychiques, de ces signes d'une activité purement intellectuelle, assez cohérente, bien ordonnée, mais d'une durée éphémère dont nous avons trouvé la preuve dans ses écrits, ses dessins, ses travaux d'aiguille. Il nous a semblé qu'il était curieux de relever, dans un tableau démentiel aussi caractérisé, des phénomènes traduisant presque une activité fonctionnelle accrue, et non pas une suractivité extravagante, comme dans les cas maniaques, mais un travail cérébral qui, isolé du reste de la symptomatologie, paraît l'expression d'un processus des plus physiologiques. Il y a là des phénomènes d'idéation vraiment surprenants quand on considère la déchéance des fonctions psychiques dans leur ensemble.

Et M. Ballet qui s'était rallié à notre opinion disait « qu'on est souvent surpris d'entendre des déments précoces, que leur indolence, leurs habitudes de vie à l'asile, leurs stéréotypies avaient permis de supposer affectés d'une déchéance cérébrale très profonde, faire, à propos d'un incident, une remarque juste et très adéquate. Ce qui est touché chez ces malades, c'est l'affectivité, la spontanéité, la faculté d'initiative ».

Ainsi une tendance se marquait déjà à distinguer des variétés bien différentes de démence précoce et la notion d'un contraste entre les diverses manifestations de l'activité psychique, d'une dissociation fonctionnelle commençait à se faire jour. Les travaux de Bleuler (1911) et de Chaslin (1912) nous firent apparaître plus nettement une catégorie particulière de ces insuffisances psychiques primaires, en mettant en lumière d'une part :

1° le mécanisme des états schizophréniques ;

2° les éléments de discordance qu'on observait chez certains sujets, d'autre part.

A noter toutefois que déjà Erwin Stransky, sous le nom d'ataxie intra-psychique, et Urstein, sous le nom de dysharmonie intra-psychique, avaient nettement attiré l'attention sur cette condition psychopathique, que Séglas avait déjà parlé dans ces cas de para-démence, et Anglade de dissociation.

Chaslin déclare donc que dans les cas qu'il qualifie indifféremment de démence précoce ou de *folie discordante,* la

démence peut manquer ou être partielle. Il est vrai qu'il donne au mot démence une signification spéciale puisque pour lui « tant qu'il n'y a pas diminution de la mémoire et du jugement, affaiblissement intellectuel, il n'y a pas démence et encore faut-il que cet affaiblissement ne soit pas sous la dépendance de la confusion, de la stupidité ou de la dépression. Il faut qu'il soit *pur* pour qu'il ait toute sa signification d'affaiblissement intellectuel définitif. Tout ce qu'on peut dire c'est que ces symptômes incohérents, discordants, indiquent qu'un jour il y aura, *très probablement,* dans l'évolution de l'affection une période de démence, mais je dis un jour, sans qu'on puisse préciser puisqu'on voit ces symptômes rétrocéder, disparaître, faire place à une guérison plus ou moins complète, plus ou moins longue ». Lagriffe avait également (1913) caractérisé cet état en disant qu'il s'agissait d'une « richesse cérébrale non actualisable » et non réellement affaiblie.

Ces conceptions nouvelles étaient fort intéressantes mais, à notre avis, elles ne concernaient qu'une catégorie de cas. En effet, si on lit les observations de Chaslin on voit qu'il s'agit de sujets qui avaient, antérieurement à l'éclosion de la maladie, des dispositions constitutionnelles particulières, chez qui des conflits affectifs avaient été notés et dont les manifestations extérieures, délire incohérent à froid, indifférence, actes bizarres, inactivité complète de l'intelligence, avec occupations devenues d'ordre inférieur, stupeur avec attitudes bizarres, pouvaient simuler la démence, alors que le fonds mental n'était peut-être pas très atteint. Il ne s'agissait pas de ces insuffisances psychiques primaires des gens jeunes dont les capacités intellectuelles de tout ordre sont progressivement diminuées et que nous rangions, plus haut, sous le nom de démence précoce. Si Chaslin n'a pas fait de distinction c'est peut-être qu'il attachait un sens trop restrictif au terme de démence qu'il limitait à la diminution de la mémoire et du jugement. En effet, il semble bien qu'il ait eu la notion des deux formes de la maladie que nous cherchons à isoler quand il écrit : « *on peut, pour revenir au syndrome démence, le voir réellement apparaître très tôt et très accentué chez les jeunes gens ; Morel avait déjà signalé ces cas et on pourrait leur réserver le nom de démence précoce qu'ils méritent* » ; et plus loin, il propose « de réunir sous le nom de démence précoce véritable de Morel, et l'hébéphrénie et tous les types qui aboutissent à la démence dans la jeunesse ». La concep-

tion dualiste était donc indiquée également par Chaslin, qui reconnaît d'ailleurs l'impossibilité de différencier les deux groupes de cas à évolution rapide vers la démence type Morel, ou à évolution lente vers l'état chronique. Mais le fait important c'est qu'à la conception d'une démence conforme à la doctrine de Kræpelin, liée à un processus destructif et occupant sa place à côté des autres formes de démence, il ajoutait la notion de la folie discordante, expression de la désharmonie entre les fonctions psychiques, pouvant aboutir à la démence vraie, mais évoluant pendant un temps plus ou moins long *avant la démence confirmée.*

C'est cette distinction sur laquelle nous appelons l'attention, bien que dans la description de Chaslin le terme de folie discordante paraisse se confondre avec celui de démence précoce.

Comme Chaslin, Bleuler avait reconnu depuis longtemps l'existence de manifestations empruntant en partie les caractères indiqués par Kræpelin comme propres à la D. P. mais ne procédant pas d'une destruction, d'un anéantissement des facultés psychiques. Il abandonna donc le terme de D. P. pour celui de schizophrénie qui indiquait bien la nature du processus psycho-pathologique qu'il plaçait à la base de la maladie. Se refusant à toute distinction entre les divers cas, il admit que la schizophrénie est *une.* Qu'elle se traduise par les modifications légères du caractère, du comportement, de l'affectivité, qu'on note dans les formes latentes ou qu'elle se manifeste par les divers types de la description de Kræpelin, réalisant même un état d'aspect démentiel, c'est la même maladie. Nous disons d'aspect démentiel parce que pour Bleuler « dans une schizophrénie même avancée toutes les fonctions élémentaires sont en puissance entièrement intactes ». Le trouble fondamental n'affecte donc que la cohésion des facultés, leur harmonie, comme l'indique aussi Chaslin. Les facultés sont toujours toutes prêtes à fonctionner comme si elles n'étaient qu'engourdies. Il n'est donc plus question de destruction au sens anatomo-clinique, comme nous l'entendons dans les cas de D. P. vraie. En raison du processus de dissociation qui est à la base de la notion de schizophrénie, comme de la prédominance de certains éléments pathogènes révélés par la psychanalyse (complexes affectifs, autisme) la maladie décrite par Bleuler devient, suivant l'expression de Minkowski, de moins en moins une maladie de destruction,

mais plutôt une maladie de direction. Et comme d'autre part le processus schizophrénique, en tant qu'élément lié à la constitution, laisse son empreinte dans un certain nombre de maladies mentales, « la schizophrénie se perd dans la brume de l'infini, son extension devient inquiétante », comme le reconnaît un des plus fervents élèves de l'école de Zurich. C'est pourquoi tout en ayant accepté avec enthousiasme, puis-je dire, les idées de M. Bleuler, en nous réclamant d'elles, nous avons été amené par l'observation des faits, d'une part à séparer la démence primaire vraie des sujets jeunes de la schizophrénie et, dans le domaine de celle-ci même, à donner une importance particulière à l'étude des formes de schizophrénies simples ou de schizophrénies latentes de M. Bleuler, en nous inspirant des idées de M. Kretschmer, mais en délimitant davantage le cadre des affections que nous rangeons avec quelques auteurs allemands dans le groupe des *schizoses.*

Les objections qui nous seront faites, nous ne les ignorons pas : votre distinction entre la démence primaire des sujets jeunes et la schizophrénie, dira-t-on, est artificielle, vous n'apportez pas la preuve anatomo-clinique d'une entité nosographique à part, vous n'apportez pas de caractères différentiels suffisamment précis. Enfin, ajoutera-t-on, si vous ne reconnaissez pas chez vos déments précoces les processus fondamentaux de la schizophrénie c'est que vous ne savez pas ou ne pouvez pas les mettre en évidence. Nous pensons, répondrons-nous, que l'étude du fond mental des sujets permet dans bien des cas, derrière des façades d'apparence semblable, de déceler l'affaiblissement global quoique inégalement prononcé des fonctions intellectuelles, que la recherche des complexes affectifs et des accidents traumatiques même à l'aide des procédés expérimentaux (éthérisation, hypnotisme, psychanalyse) donne des résultats nuls chez les D. P. vrais, enfin que le mode de début des manifestations, la rapidité plus ou moins grande d'évolution de la maladie, sa fixation précoce et définitive au stade démentiel, prouvée par l'expérience, constituent déjà une série d'arguments de valeur en attendant que les preuves d'ordre biologique et histologique nous apportent des précisions nouvelles.

Mais il est préférable, plutôt que de nous arrêter à une discussion théorique de diagnostic, de donner quelques indi-

cations sur les caractères et la nature des états psychopathiques qui, tirant leur origine de la schizoïdie et particulièrement de ce que nous avons appelé avec Laforgue la constitution bipolaire, se traduisent à des degrés divers par une symptomatologie conforme à la conception psycho-pathologique de Bleuler, et se confondent finalement avec la schizophrénie proprement dite.

⁂

LES SCHIZOSES

En édifiant sa doctrine de la schizophrénie Bleuler a cherché surtout à se détacher des apparences extérieures, à pénétrer les raisons internes de la maladie. Sa méthode de diagnostic (et dans une certaine mesure de classification au sein même du syndrome) est médiate, non immédiate, son investigation creuse en profondeur, ne se répand pas en surface. Elle tâche à s'installer en-dedans de la conscience morbide, comme Bergson avait fait pour la conscience normale, en la vivant, en se laissant aller au « flot » à « l'élan » de ces vies anormales, en essayant de les revivre selon l'expression de mon collaborateur P. Schiff. « La psychologie de Bleuler est une vue de l'intérieur, elle examine du médecin au malade, alors que celle de Kræpelin (surtout à l'origine) est une vue de l'extérieur, du malade par rapport au médecin. On pourrait encore dire que la méthode de Kræpelin est analytique, celle de Bleuler sympathique ».

Je m'excuse d'être obligé de rapporter certainement beaucoup moins bien qu'il ne l'a fait lui-même la pensée de Bleuler (j'espère du moins ne pas la travestir), mais j'ai besoin pour mon exposition de partir des données qui servent de base aux raisonnements et aux idées des autres auteurs.

Appliquant les idées de Freud à la démence précoce, Bleuler arrive à cette conception que loin d'être comme le pensait Kræpelin, une maladie caractérisée par l'abolition progressive de l'affectivité, la D. P. est au contraire une maladie où l'affectivité est prédominante au point d'avoir accaparé à son profit les éléments intellectuels et volontaires de la personne. Il y a dissociation du faisceau des activités mentales qui composent la personne, dissociation spirituelle: schizophrénie.

Cette dissociation de la personne est une retraite, une

défense, utile par certains côtés, nuisible dans d'autres. Iung a dit ainsi, dans une figure heureuse, que dans la schizophrénie les complexes agissent sur le malade à la manière de parasites psychiques « qui enlèvent au moi l'air et la lumière, comme un cancer enlève la force au corps » ; on est en présence d'une manifestation métatypique de l'activité psychique, une « aberration mentale » plus qu'une démence.

Mais ce qui choque dans ce terme de schizophrénie c'est qu'il s'applique aussi bien à certains cas dans lesquels on ne constate que des tendances légèrement morbides, des habitudes psychiques mauvaises parfaitement compatibles avec la vie normale, qu'à des états qui constituent l'aliénation mentale proprement dite avec le cortège des réactions antisociales qu'elle entraîne. Aussi importe-t-il de distinguer ces aspects particuliers et de rechercher s'il existe une sorte de filiation dans l'ordre de ces manifestations qui vont depuis certaines ébauches de la dissociation de la personnalité jusqu'à la véritable démence schizophrénique, et surtout si le processus psychologique présente une continuité dans son développement progressif.

Bleuler, bien qu'il n'ait pas placé au premier plan cette altération de la constitution psychologique, a attaché une importance particulière à la tendance des sujets à substituer la fantaisie à la réalité et à s'écarter de celle-ci. Incapable sous la poussée des éléments subconscients de garder le contact avec le moi de relation, le schizophrène laisse s'épanouir son moi individuel, lequel n'est pas forcément un moi affectif pur, mais comprend aussi l'acquis intellectuel. Il s'abstrait du réel, se renferme en ce moi psychologique et personnel, se réfugie dans le monde de son imagination. C'est *l'autisme*. Conséquence du trouble dans les associations, comme des modifications de l'affectivité, cette disposition conduit l'individu à un détachement de plus en plus prononcé de la réalité, à une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure : « Les modications dans les rapports de la vie intérieure avec le monde extérieur, sont parmi les plus caractéristiques des altérations qui constituent la schizophrénie. »

Nous nous sommes attachés à l'étude de ces cas de « syndromes d'intériorisation », avec dissociation entre l'activité pragmatique et l'activité intellectuelle, dont la description a été indiquée par Bleuler sous le nom de schizophrénie simple

ou latente. Nous y reviendrons plus loin, mais nous voudrions au préalable discuter les rapports qu'on peut voir entre ces formes de schizoïdie et certaines manifestations psychasthéniques ou hystériques.

P. Janet, dès 1908, dans le livre où il rassemblé les éléments de la Doctrine de la *Psychasthénie* a montré qu'il existe une hiérarchie des fonctions mentales et que la plus élevée dans la hiérarchie de ces fonctions mentales, c'est celle qu'il nomme la « *fonction du réel* ».

« Cette fonction que Bergson appelle « l'attention à la vie présente », se manifeste sous trois formes qui sont autant de degrés étagés dans la hiérarchie. C'est d'abord l'action volontaire, capable de modifier le monde donné, puis l'attention qui permet de percevoir les choses réelles, et enfin la formation dans l'esprit de l'idée du présent. Au-dessous de cette fonction du permier degré et de ses trois formes, se placera le groupe des fonctions désintéressées ; ce sont les mêmes opérations, dépouillées de ce qui faisait leur perfection, c'est-à-dire de l'acuité du sentiment du réel ; c'est l'action, l'attention habituelle sans le sentiment du présent, la perception avec le sentiment vague du présent.

Dans un troisième groupe se rangent les opérations représentatives (mémoire, imagination, rêverie) dans la mesure où elles évoquent le passé, sans l'engager d'une manière effective dans le présent. Dans un quatrième groupe, Janet place le développement des émotions, quand ces émotions sont sans rapport avec une situation présente, et enfin les mouvements musculaires inutiles (systématiques ou diffus) dans un cinquième groupe.

Or il se trouve que chez les psychasthéniques, la fonction générale qui soutient les plus hauts degrés de cette hiérarchie, la fonction du réel, est justement celle qui manque ; ce malade n'a plus dans sa pensée assez de richesse et de synthèse pour s'adapter au présent et y adapter des opérations mentales ; il peut faire des calculs très compliqués, mais il ne pourra pas compter les dépenses de son ménage ; il ruminera tout un système de métaphysique, mais il sera incapable de le réaliser et de l'écrire.

La synthèse et la richesse mentale conditionnent donc cette fonction du réel qui, suivant qu'elle s'associe aux autres ou s'en détache, les élève ou les abaisse dans la hiérarchie. Janet a donné le nom de *tension psychologique* à

cette union de la synthèse et de la richesse, et la tension ainsi définie, comporte naturellement une très grande variété de degrés. Ce fait capital une fois mis en relief, Janet essaie d'y ramener tous les symptômes décrits dans la première partie. »

Telle est, résumée par G. Dumas, la doctrine bien connue de P. Janet qu'il n'était pas inutile de rappeler parce qu'elle est trop laissée dans l'ombre lorsqu'on étudie les phénomènes avant-coureurs de la schizophrénie ou même les symptômes plus ou moins frustes de la maladie, laquelle peut s'arrêter à ce stade initial, et mériterait alors simplement le nom d'état schizoïdique ou de schizoïdie.

Hesnard (1925), après avoir indiqué que, dans la description de Kræpelin, on a reconnu à la démence précoce des caractères « prédémentiels » à forme neurasthénique, a fait une étude du diagnostic de la psychasthénie préschizophrénique avec la névrose simple. Il n'est pas douteux qu'un grand nombre de symptômes décrits sous le nom de psychasthénie (obsessions, scrupules, phobies, timidité, tics, etc.), ne sont souvent que des manifestations primitives de la schizophrénie ou simplement de l'état schizoïde qui ne progressera pas. Le caractère important, à mon avis, qui distingue les deux maladies c'est la conservation ou l'exagération de l'autocritique chez le psychasthénique qui souffre de son état, en reconnaît le caractère pathologique, et qui, dans la dissociation de sa personnalité, se montre à la fois acteur et spectateur. Le schizophrène au début ou le schizoïde est un automate sous l'impulsion des forces de sa vie intérieure, il reste indifférent aux conséquences de son activité morbide qu'il ne juge pas contraires à ce qui doit être : le premier a *perdu la fonction du réel, l'autre a perdu la notion du réel.*

« L'obsédé, dit de son côté Hesnard, attache aux phases « de la vie pratique une attention inquiète, redoutant per- « pétuellement ce qui pourrait menacer sa santé ou son « avenir. Sans doute c'est aussi souvent un rêveur, facile- « ment adonné aux ruminations intérieures, mais un rêveur « anxieux, ne pouvant rêver à l'aise que lorsqu'il est momen- « tanément à l'abri de ses phobies et perpétuellement attaché « à son analyse de lui-même, par les exigences catégoriques « d'une réalité qui l'étreint et à laquelle il lui est impos- « sible d'échapper alors que le futur schizophrène s'abstrait

« du monde extérieur, le psychasthénique vrai, dès le plus « jeune âge, s'y débat douloureusement.

« Les impressions pénibles éprouvées par le préschizo- « phrène sont moins angoissantes qu'étranges... alors « que les sensations hypochondriaques de l'obsédé ont une « précision aussi rebelle que sincère, explicables souvent par « des symptômes légitimes d'irritation physique du système « neuro-végétatif.

« De même les sentiments de dépersonnalisation du pre- « mier sont plutôt des surprises de constater que le monde « réel perd pour lui de sa signification, de sa valeur émo- « tionnelle, que, chez le névropathe, ces peurs atrocement « angoissées de ne plus rencontrer les choses, ou de ne plus « se reconnaître soi-même, coexistant avec une parfaite « conservation des fonctions psychiques et des sentiments « les plus nuancés. »

Une longue série de caractères pourraient être ainsi opposés les uns aux autres qui montrent les réactions différentes des deux catégories de sujets. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il peut exister des cas de passage entre ces affections probablement en rapport avec l'épuisement nerveux. D'ailleurs, tout en reconnaissant que les différences sont assez tranchées, il faut bien savoir qu'il est des cas dans lesquels la délimination est impossible et qui ne se laissent distinguer que par l'évolution. Hesnard, résumant d'une phrase son esquisse clinique, dit : « que la mentalité et par « suite la symptomatologie du psychasthénique vrai est faite « d'hyperémotivité anxieuse constitutionnellement développée « déterminant, même en dehors des nombreux paroxysmes du « mal, un sentiment foncier et habituel d'infériorité. Celle « du psychasthénique préschizophrène, semblable en surface « est, lorsqu'on l'approfondit, marquée d'une indifférence « acquise vis-à-vis des choses réelles et qui entraîne, dans « les symptomatologies, une absence de sincérité et un « mélange paradoxal de lucidité et de déraison, signes clini- « ques annonciateurs de la future « discordance mentale » « que présente ce genre de malades à la période d'état de « leur psychose. »

Si les manifestations psychasthéniques peuvent en imposer pour un état schizophrénique en raison du mécanisme qui préside à leur développement, ce n'est pas rare d'obser-

ver également chez des malades une symptomatologie d'allure hystérique ou même un véritable syndrome hystérique. Les relations qui existent entre l'hystérie et la schizophrénie nous ont paru s'expliquer par ce fait que nous avons considéré depuis longtemps l'hystérie comme une psychonévrose expression « d'un état constitutionnel qui donne au sujet la capacité de dissocier, d'isoler certaines activités fonctionnelles, certaines perceptions ou certaines représentations, et de les fixer de telle sorte qu'elles demeurent oubliées, en dehors de la conscience, sans que ce trouble fonctionnel réclame aucune intervention active de la part du sujet ». Ainsi se créent des troubles moteurs, des troubles sensitifs ou sensoriels, des troubles psychiques, surtout sur le type d'un état confusionnel avec mimique d'expression variable, discordance, désorientation, égarement, certaines manifestations d'automatisme ambulatoire, certaines fugues, ensemble symptomatique en rapport avec des idées, des représentations mentales, qui ont pris sur un terrain hystérique une valeur inusitée, et à l'origine desquelles peuvent exister parfois des complexes affectifs. Certains délires oniriques, le syndrome de Ganser posent souvent le problème diagnostique de l'hystérie et de la schizophrénie. Chaslin a insisté à propos de quelques-uns de ces faits sur la fragmentation de la personnalité qui se traduit par le bavardage automatique, l'écriture automatique, le mutisme, le bégaiement. Le malade interrogé sur un sujet sur lequel il se refuse à répondre ou voulant échapper à certaines idées, à certaines représentations qui lui répugnent, d'une façon plus ou moins inconsciente se réfugie dans ces manifestations psychonévropathiques. Parlant de l'indifférence de l'hystérique, à l'égard des troubles moteurs qui le frappent, Chaslin a observé également que ce malade garde la même indifférence à l'égard des manifestations mentales, si bien que, souvent, dit ce clinicien averti, « comme l'hébéphrénique l'hystérique a l'air de simuler, de jouer la comédie ».

Si nous avons insisté, au début de cet exposé, sur le caractère de la dissociation fonctionnelle qui conditionne la paralysie motrice ou le délire avec automatisme ambulatoire de l'hystérique, *dissociation avec fixation, sans intervention volontaire consciente,* c'est que nous avons été frappé par l'analogie que de tels troubles présentent avec certaines des habitudes mentales de ces schizoïdes ; ces habitudes men-

tales, ces évasions hors de la réalité s'effectuent sans efforts ; elles ne réclament pas de la part du sujet une activité et une attention persistantes et s'accommodent des exigences de la vie normale. Le schizoïde promène son monde imaginaire, comme l'hystérique promène sa contracture sans que cette attitude le gêne ou accapare son esprit, car, ramené à la réalité par les circonstances de l'existence, rien dans son comportement ne traduit son autre personnalité.

Après avoir esquissé ce rapprochement qui nous paraît autorisé par l'analogie de certains mécanismes psychologiques, par l'intrication observée en clinique de manifestations hystériques et de manifestations schizoïdes, nous nous hâterons de dire que nous établissons, néanmoins, une distinction très nette entre la constitution hystérique et la constitution schizoïde. Cette distinction repose sur un caractère fondamental, c'est que, dans l'hystérie, le trouble fonctionnel, quel qu'il soit, moteur, sensitif ou mental, *n'est que temporaire. La dissociation ne s'effectue que pour un temps, à l'occasion d'une circonstance comportant un élément d'émotivité. Dans la schizoïdie la dissociation est une manière d'être, un mode de l'activité psychique* qui peut se montrer à l'état d'ébauche, ne pas progresser ou, au contraire, amplifier ses tendances jusqu'à parcourir toutes les étapes, depuis la schizoïdie simple jusqu'à la schizophrénie ou s'arrêter au stade schizomaniaque. Ce qui caractériserait la constitution hystérique, c'est seulement *l'aptitude occasionnelle* à la dissociation et à la fixation d'une activité fonctionnelle troublée. Aussi comprend-on que la suggestion puisse faire naître la manifestation comme par un mécanisme inverse, mais de même nature, la suggestion ou la persuasion sont susceptibles de faire disparaître cette manifestation. Dans l'hystérie la dissociation de la personnalité est éventuelle, adaptée, en quelque sorte, à un but précis, subordonnée à certains éléments déterminants, elle se renouvellera sous certaines influences émotives et dans des conditions d'où l'intérêt personnel du sujet n'est pas toujours banni. Dans la schizoïdie et les formes qui en dérivent *la tendance à la dissociation habituelle de la personnalité représente le fond même de la constitution psychologique du sujet.* Les manifestations qui en sont l'expression ne peuvent être créées par suggestion, en raison du caractère préalablement organisé des conceptions imaginatives ou des complexes

affectifs du sujet ; encore moins peut-on espérer réduire par persuasion les troubles ayant cette origine quand ils sont en pleine activité.

Il existe donc certaines analogies entre le processus psychologique qui préside aux manifestations hystériques et celui qui conditionne les états schizoïdes. C'est ce qui explique que, soit dans la période de début de la schizophrénie, soit dans le cours de cette maladie on retrouve chez les malades des manifestations de caractère hystérique combinées aux autres symptômes. Aschaffenburg, Frankhäuser plus récemment (1922) ont déjà insisté longuement sur les rapports qui existent entre les deux affections, en fournissant des arguments à peu près de même ordre que ceux que nous donnons.

La période préschizophrénique peut donc être signalée par une symptomatologie qui revêt les caractères de la psychasthénie ou de l'hystérie, et il est souvent malaisé de dire pendant assez longtemps à quelle affection on a affaire. Mais là ne se bornent pas les difficultés : en dehors de l'hystérie et de la psychasthénie il existe des états psychonévropathiques qui tantôt sont les avant-coureurs de la schizophrénie, tantôt restent fixés dans leur individualité nosologique, qui ont été mis en relief surtout depuis le travail de Kretschmer (1921).

Ces états procèdent d'une modification de la personnalité non sans analogie avec le trouble qui signale la dissociation schizophrénique mais s'en distinguent toutefois d'une façon assez tranchée. On sait que Kretschmer a surtout cherché à établir un rapport entre certains caractères morphologiques du corps et la constitution psychique. Nous laisserons de côté tout ce qui a trait à la structure du corps et à ses relations avec le caractère, pour nous limiter à définir la constitution schizoïde. « Les schizoïdes, dit Kretschmer, ont une surface et une profondeur. Ils sont d'une brutalité tranchante ou grognons ou d'une ironie cinglante, sauvage, se retirant sans bruit, voilà la surface. Mais la surface n'est rien. Derrière une façade silencieuse qui palpite incertaine dans une humeur vacillante, rien que des ruines, rien que des décombres, que le vide de l'esprit ou que l'haleine de la plus froide insensibilité. » Ce sont en somme des façades derrière lesquelles nous ne savons pas exactement ce qui se passe, mais ce que nous croyons savoir c'est que l'activité et la sensibilité y sont beaucoup plus

réduites que ce que la façade laisserait supposer. Et encore faut-il bien reconnaître que cette surface est assez mal caractérisée d'après l'auteur allemand qui nous dit que ces sujets sont :

« 1° insociables, silencieux, réservés, sérieux, sans humeur bizarre ;

2° timides, craintifs, délicats, susceptibles, nerveux, irritables, amis de la nature et des livres ;

3° dociles, doux, sages, d'humeur égale.

« Le tempérament schizoïde se trouve être entre les pôles irritable et inerte, de même que les cycloïdes sont entre les pôles gai et triste. La plupart des schizoïdes sont non pas ou trop susceptibles ou froids, mais bien l'un et l'autre à la fois et ce dans les proportions les plus diverses. Il y a une proportion psychesthésique entre les éléments hypéresthésie et anesthésie. L'autisme envisagé comme symptôme du tempérament schizoïde se nuance essentiellement suivant l'échelle psychesthésique de chaque schizoïde. »

Telles sont, d'après son texte même, les données les plus importantes de la conception de Kretschmer. Elle nous est apparue un peu trop extensive ; certaines particularités du caractère schizoïde se montreraient vraiment plus voisines de la constitution paranoïaque. Mais ce qui était à retenir dans la doctrine de cet auteur c'est la concordance qu'il indiquait dans la condition psychique des sujets depuis la schizophrénie, jusqu'à la normale schizothymie, en passant par la schizoïdie. Hoffman sous l'influence des directives caractérologiques de Kretschmer trouve dans la descendance des déments précoces des types psycho-pathologiques qu'il range en huit groupes dont le trait commun est « la conduite autistique, la tendance à ignorer le monde extérieur, à se détacher de la réalité », « ce qui provoque un manque de résonnance affective ».

Il ajoute que le « tempérament schizoïde s'étend jusqu'à la normale, mais il ne faut appeler schizoïdes que les personnes présentant vraiment une caractéristique évidente. »

Gaupp dit dans le même ordre d'idées : « Le malade schizophrène trouve dans les schizoïdies sa forme abortive et dans les bien portants schizothymes son rudiment caractérologique ou mieux son cadre biologique. Les limites entre la maladie et la santé s'effacent de plus en plus. »

Il convient de dire que des voix se sont élevées de divers côtés contre cette conception. Rudin a déclaré avec quelque ironie « qu'aucun homme ne pourrait être dit non schizophrène ». Ewald réclame qu'on assigne une limite aux différents aspects constitutionnels : « La schizoïdie accapare tout. Le caractère schizotique, d'après Kretschmer, est ce qu'on appelle un caractère marqué en dedans des limites de la normalité. La schizoïdie est la désignation générale de tout caractère anormal. »

Bumke ne craint pas d'avancer que les caractères de la schizoïdie représentent des particularités normales de l'âme humaine, particularités que nous trouvons plus ou moins marquées partout où nous les cherchons. Il pense que « la schizoïdie de Kretschmer est une construction artificielle, qu'il faut chercher une autre caractéristique de la schizoïdie ne se trouvant pas chez tout individu. »

Berze dit de même : « On se demande partout : enfin qu'est-ce qui est vraiment schizoïde ? Toute psychopathie non cycloïde est-elle schizoïde ? Comment séparer le schizoïde du schizophrène d'un part, de l'homme normal d'autre part ? »

Une tendance d'esprit analogue s'est manifestée en France où l'élargissement de la compréhension de la schizoïdie a fait l'objet de critiques qui sans être nettement exprimées, se sont fait jour au cours de discussions dans les sociétés.

Berze (1925), a fait un effort pour distinguer la schizoïdie de la schizophrénie : « D'après Kretschmer, dit-il, schizoïde veut dire semblable à la personnalité préschizophrène... On supposait ainsi qu'une personnalité préschizotique montrait, il est vrai en germe seulement, les caractères psychiques de sa future psychose. C'est faux. La différence entre les phénomènes pré-psychotiques et psychotiques n'est pas seulement quantitative. En faisant entrer dans la caractéristique de la schizoïdie les symptômes présentés par des personnalités pré-psychotiques on élargissait la compréhension du mot schizoïdie ; *justement les symptômes schizoïdes sont non seulement étrangers à la schizophrénie mais encore contraires.* Si l'on veut accepter la signification de schizoïdie, dans ce sens, il faudra séparer avec soin dans l'étude d'une schizoïdie, les caractéristiques provenant de la schizophrénie, et celles provenant des personnalités pré-psychotiques. »

Aussi Berze a-t-il proposé de restreindre les caractères de

la schizoïdie préschizophrénique à cet ensemble de symptômes qu'il a appelés « l'hyperirritabilité aperceptive. » Ce syndrome qui s'apparente par certains côtés, comme il le reconnaît, au syndrome maniaque, emprunte également des traits à la schizoïdie des auteurs. « A la base de tout on trouve l'hyperesthésie psychique qui conduit à une augmentation de la sensibilité pour les intérêts personnels, à une égocentricité exagérée, et à une certaine indifférence pour ce qui est étranger au moi, une foule de caractères dérivent de là, différents suivants les tempéraments et les dispositions : finesse, type d'idéaliste éthique et esthétique, amours exagérées et uniques, comme ceux du collectionneur, manière d'être précieuses, despotismes, idées ancrées... Chez ces sujets la raison étouffe souvent le sentiment primitif. La censure agissant trop rapidement et exagérément ne laisse passer que des sentiments modifiés. Cette émancipation de l'intellect hors de l'affectivité et cette réduction du sentiment par l'intellect sont caractéristiques de l'état schizoïde hyper-irritable aperceptif ».

Voilà donc une autre formule de la schizoïdie qui, semble-t-il, ne fait que développer certains des caractères indiqués par Kretschmer, pour qui, ainsi que nous l'avons indiqué, « le tempérament schizoïde se trouve être entre le pôle irritable et inerte ». Quoi qu'il en soit cette remarque est intéressante d'autant plus que, pour Berze, cette délimitation permettrait de séparer les psychopathes qui n'ont que les apparences de la schizophrénie, les « schizophrènes déguisés » de Bumke, des individus qui présentent les signes avant-coureurs de la schizophrénie. « Il y a aussi un rapport génétique entre la base de la maladie du schizoïde et la base de la maladie du schizophrène. Dans la schizoïdie il y a une disposition aux changements dans l'appareil psycho-cérébral. Dans la schizophrénie ces changements ont eu lieu. On peut dire du passage de la schizoïdie à la schizophrénie que c'est un passage de l'excitation à la paralysie. Tant que ce passage n'est pas effectué on n'a pas de caractères schizophrènes, on n'a que les symptômes qui se rapporteraient à la maladie hypophrène. Malgré toute la dureté et la froideur que cette sorte de schizoïdes montrent souvent, leur « résonnance sentimentale » n'est pas atténuée, quoi qu'on en puisse penser par suite de leur manque d'attraction pour les choses qui ne regardent pas leur propre intérêt. Nous pouvons les

comprendre et avoir des rapports avec eux, autant qu'ils se montrent accessibles. »

On voit donc que le problème de la schizoïdie n'est pas encore résolu et que la question est fort complexe. Les symptômes qui constituent l'état schizoïde sont diversement décrits par les auteurs et les rapports avec la schizophrénie sont encore mal définis. Si l'on s'efforce de limiter le caractère schizoïde à la divergence des tendances de la personnalité, sans lui donner des orientations qui le rapprochent du paranoïaque comme cela résulte des conceptions de Kretschmer et de Berze, on voit qu'il existe chez les sujets schizoïdes un comportement spécial qui peut être bien individualisé. Le groupement des symptômes propres à la schizoïdie n'exclut pas d'ailleurs la possibilité d'intervention d'autres éléments mais à titre accessoire : éléments cycloïdes, émotifs, paranoïaques, par exemple.

Nous avons montré dans un travail avec Laforgue comment pouvait se former à la suite de conflits d'éléments sexuels « une bipolarité du caractère dont les énergies affectives par cette sorte d'auto-saturation perdent de leur élan vers l'entourage. En pratique nous avons affaire à une dégradation plus ou moins marquée de l'état normal vers la bipolarisation extrême. »

Je ne crois pas qu'à l'origine de ces états on retrouve constamment ces conflits d'éléments sexuels datant de l'enfance ; d'autres facteurs, hérédité, éducation, conditions de milieu peuvent avec l'appoint d'un élément imaginatif jouer leur rôle. En limitant davantage le domaine de la constitution schizoïde on en précise mieux les caractères et on est conduit à retrouver plus facilement ceux-ci dans ce qu'on a appelé le noyau de la schizophrénie. Ne trouve-t-on pas chez la plupart des sujets normaux à l'état d'ébauche, les caractères, les tendances, qui poussées à l'extrême constitueront la maladie. La schizoïdie n'échappe pas à cette loi commune. Il n'est pas douteux que la plupart des enfants montrent volontiers durant la période où l'individu n'a pas pris encore conscience de sa personnalité des oscillations entre des tendances différentes, qui peuvent s'objectiver plus ou moins selon la valeur d'un coefficient imaginatif ou émotif surajouté. Et plus tard, dans la vie, on retrouve chez beaucoup de personnes, d'une façon permanente ou accidentelle, des manifestations de cette orientation schizoïde, de cette schizothymie. De même chez

bien des gens peuvent se faire jour à l'occasion d'émotions, de troubles organiques, d'altérations de la cœnesthésie, des phénomènes d'ordre cyclothymique. Mais il s'agit, dans tous ces cas, d'épiphénomènes non intégrés dans la personnalité de l'homme, et qui n'échappent pas à son auto-critique.

A un degré de plus les véritables schizoïdes apparaissent comme adaptant leur genre de vie à leurs tendances constitutionnelles. Toutefois, malgré leurs affinité bipolaires, ils ne sont pas désagrégés. Mais la plupart ne sont pas capables de faire la critique du comportement qui leur est habituel. Dès l'enfance, tendance à la solitude, au recueillement, au reploiement sur soi-même, à la méditation, à la rêverie. Des conceptions imaginaires s'élaborent que le sujet ne livre pas facilement. Plus tard le contact avec la réalité exige un effort, une tension. La vie intérieure est délibérément préférée, par dilection, d'autant plus que la vie du dehors aura causé des traumatismes affectifs. L'activité pragmatique peut être réduite, mais pas toujours par rapport à l'activité intellectuelle, sans que la discordance entre ces deux modes d'activité soit incompatible avec une existence normale. L'adaptation aux exigences extérieures reste en apparence suffisante. Ce sont, en un mot, des gens qui de leur vie peuvent faire deux parts, l'une consacrée à une activité sociale, professionnelle, d'apparence normale, l'autre plus conforme aux tendances de leur moi se limite à une activité spéculative, artistique, scientifique, etc., en général mal ordonnée, non productive dans le plan des réalités, activité de luxe qui leur procure des satisfactions supérieures à celles qui résultent de l'autre forme, activité qui procède le plus souvent de certains appétits intellectuels ou d'une sorte de mystique particulière. Il nous paraît abusif de qualifier de schizophrènes cette catégorie d'individus, qui ne s'apparentent que de fort loin aux schizophrènes vrais présentant les diverses manifestations des syndromes kræpeliniens. Ces individus peuvent rester indéfiniment à ce stade de schizoïdie, avec prévalence du caractère bipolaire, avec des troubles variables de l'affectivité parfaitement capables de vibrer à l'ambiance à l'occasion, de même qu'ils peuvent manifester, en raison des satisfactions que leur procure leur vie intérieure, certaines idées de grandeur, de revendication, et que, chez d'autres, apparaîtront aussi des variations d'activité de l'ordre des états cyclothymiques. Mais le clinicien doit savoir faire à ces caractères de second plan la place qui leur convient.

Enfin, nous restons très convaincu que cet *état préalable schizoïde* est, en général, à la base de la désagrégation schizophrénique et que l'un des caractères spécifiques de celle-ci prend ses racines dans la bipolarité, ce en quoi elle se distingue de la démence précoce, telle que nous l'avons décrite.

A un stade de plus, surtout chez les individus qui ont un passé héréditaire similaire, tantôt sous l'influence de complexes affectifs ; tantôt à la suite d'un état toxi-infectieux asthéniant, ou sans motif appréciable par l'anamnèse simple, se constitue un trouble psychopathique plus grave parce qu'alors le malade apparaît d'une *façon continue* ou par *périodes* complètement désadapté à l'ambiance. Dans nos publications avec MM. Borel, Robin, Tison, Minkowski, nous avons montré des types plus ou moins graves de cette forme que nous avons appelée *schizomanie.* Sous cette étiquette nous avons voulu caractériser la tendance habituelle de ces individus à conformer leur comportement à leur désagrégation. Chez eux la réduction des conceptions autistiques n'est plus possible, ils doivent suivre les incitations de leur personnalité véritable, de leur première nature : les explosions de celle-ci même quand elles revêtent un caractère dangereux anti-social, ils y assistent comme s'il s'agissait d'un élément conforme à la loi normale ; toutes ces manifestations qui se déroulent sur le plan de leur autisme, ne peuvent être, transportées sur le plan de la vie réelle, et soumises au contrôle d'une conscience radicalement faussée. La réalité est de plus en plus négligée. Ces malades ont une activité pragmatique très réduite, bien qu'ils soient parfaitement en état, si leurs résistances sont vaincues, de se mettre temporairement à l'unisson et de faire preuve de capacités intellectuelles normales ou à peu près normales. De même leur inaffectivité, leur inertie n'est souvent qu'apparente parce qu'ils donnent toute leur attention à ce qui se passe en eux et négligent ce qui existe autour d'eux. L'interrogatoire, parfois difficile en raison du manque d'attention que montrent les sujets ou de leur reploiement sur eux-mêmes, donne des réponses correctes, adéquates, topiques sur les faits d'ordre banal, tandis que dans l'ordre des faits qui répondent à certaines conceptions d'un symbolisme délirant ou à des notions scientifiques ou métaphysiques aventureuses, les réponses ont un caractère inadapté, illogique, incohérent ou pseudo-incohérent. Ces individus, plus ou

moins isolés du monde extérieur et « intériorisés » se présentent sous les types les plus divers, c'est ainsi que nous avons décrit des cas de rêverie morbide, de symbolisme désadapté, de bouderies (Borel) de haines familiales qui procèdent du mécanisme que nous venons d'indiquer.

La malade Duv., couturière, dont nous avons déjà rapporté l'histoire, commence, il y a plus de 25 ans, par créer des modèles de robes qu'elle croit plus adaptés à la condition, au genre de vie, au caractère *qu'elle attribue* à ses clientes ; elle-même s'habille conformément à ses tendances d'esprit du moment, se fait injecter, il y a 20 ans, de la paraffine sous la peau de la poitrine pour rendre ses formes immuables, à l'instar des statues. Peu à peu, ses robes sont si différentes de ce qui se fait d'habitude que ses clientes l'abandonnent. Elle se consacre alors au dessin de modèles qui, malgré un certain caractère outrancier, sont acceptés par les grands couturiers, car ils sont empreints d'une certaine originalité et encore adaptés au goût du jour. Puis, plus tard, on lui refuse ses dessins, dont le caractère symbolique ne se prête plus même à satisfaire les aspirations des chercheurs d'effets nouveaux. Duv. tombe alors dans la misère, car elle ne s'occupe pas en utilisant ses connaissances de couturière, sans se soucier des besoins de l'existence, vivant d'aumônes ; elle consacre ce qui lui reste de matériel, de fournitures, à confectionner des robes de plus en plus extravagantes, auxquelles elle donne un nom. Dans un dénuement absolu, elle entre à l'asile il y a 3 ans : elle passe son temps à exécuter des dessins de costumes symboliques et se pare elle-même de colifichets, donnant de ces diverses élucubrations des explications absolument incompréhensibles. Dans la conversation courante, sur des sujets ordinaires, elle est lucide, sa mémoire est parfaite, sa tenue est correcte, mais son activité est nulle, elle ne réclame nullement sa sortie, et passe des heures sur son lit, dans une sorte d'attitude hiératique qui n'a rien de la catatonie. Ce n'est pas une maniaque, ni une délirante banale, ni une démente précoce. Elle réalise le type d'une évolution *en plus de 25 ans* de la schizoïdie à la schizomanie, et se terminant sans doute dans la schizophrénie paranoïde.

La schizomanie se traduit donc par la tendance invétérée quasi-impulsive, obéissant à une force irrésistible, de certains sujets à dissocier leur personnalité, suivant un type conforme à certains complexes affectifs, c'est la propension habituelle des sujets à se renfermer dans leur autisme quand ils ne peuvent s'adapter à la situation, à la réalité. Elle peut, d'ailleurs, s'extérioriser par bouffées plus ou moins durables, très

analogues aux accès maniaques, mais s'en distinguant radicalement par le comportement habituel du sujet et les caractères du trouble mental.

Un malade, dont l'histoire résumée a été rapportée dans une communication à la Société Médico-Psychologique (1926), présentait depuis son adolescence, à la suite d'un choc moral (propositions homosexuelles au collège), des crises d'une durée environ de dix mois, au cours desquelles s'extériorisaient d'une façon évidente ses tendances schizoïdes habituelles. Ce jeune homme de 27 ans, dont le père avait eu peut-être déjà une sexualité un peu réservée, se montrait dans la vie habituelle homme du monde correct, mais parfois bizarre dans son attitude, peu communicatif, exempt de toute relation sexuelle féminine. L'accès que nous avons observé, et qui était semblable aux accès antérieurs, avait débuté par une fugue de Paris à Rome, où il avait été interné pour violences, insultes, refus de payer une note d'hôtel. De retour à Paris, observé dans une maison de santé, il se montre distant, lointain, froid avec le médecin, indifférent, non protestataire, quoique inconscient de son état morbide. Il reste sur la réserve et assez impatient quand on insiste pour lier conversation. Reçoit le médecin debout et fait comprendre bientôt que l'entretien a assez duré. Il ne couche pas dans son lit, s'étend tout habillé sur les draps recouverts de journaux. Il ne quitte pas la chambre, parle tout haut quand il est seul, a des rires brusques non motivés ; se montre méfiant pour l'alimentation, néglige sa tenue. Dans la journée, il ne s'occupe pas, feuillette à peine quelques magazines, ne montre aucune initiative, répond toutefois aux lettres, mais réexpédie les colis de douceurs que sa mère lui adresse. Se promenant avec une garde, il ne lui adresse pas la parole, l'oblige à marcher entre le mur et lui, sans lui laisser une place suffisante. Un jour, au cours d'une promenade, entre dans un café, se fait servir plusieurs verres de Porto et s'en va sans payer. Dans sa chambre, il se livre parfois à des travaux de peinture. Ses œuvres sont toutes d'imagination, il ne copie pas ou très rarement la nature. On constate dans ses aquarelles une note érotique évidente ; ce sont des danseuses à moitié nues, aux poses lascives. De plus, effet discordant, les sujets sont entourés de personnages masculins graves, des vieillards à longue barbe blanche, et des oiseaux dans des attitudes hiératiques. Parfois, son irritabilité se traduit par des actes violents, passagers. Un jour, il insulte une infirmière, l'accuse de mœurs dégoûtantes, de coucher avec d'autres femmes dans une pièce voisine (hallucinations psychiques ?). Il s'en plaint au médecin, exige une enquête d'un ton impératif et se répand en propos insultants sur les Français. Il reçoit très mal les personnes de sa famille, particulièrement sa mère et une de

ses sœurs. Un jour, prévoyant la visite de sa sœur, qui semble lui être désagréable, il profite d'une sortie avec son infirmière pour entraîner celle-ci au loin à une allure excessive, fait ainsi une douzaine de kilomètres et, à un certain moment la fait tomber, sous prétexte qu'elle l'a injurié. Il est arrêté, ramené à l'établissement. Les jours suivants, il se montre plus hautain, plus distant encore que par le passé, accueille mal les médecins, les met à la porte, se plaint que l'établissement est plein d'homosexuels, qu'il les entend sous ses fenêtres la nuit (pseudo-hallucinations par automatisme mental). Il traite même le médecin de pédéraste.

Au bout de 8 mois et demi, à peu près le temps prévu par la famille, qui a déjà vu se dérouler des crises semblables, il change d'attitude, soigne sa tenue, est correct avec le personnel ; son accueil est affable et ses manières sont celles d'un homme du monde très distingué. Il lit, dessine, mais dans ses aquarelles il n'y a plus de notes érotiques. Il n'imagine plus et copie la nature. Néanmoins, quand il quitte la maison de santé, il se refuse à parler de la période maladive qu'il vient de traverser, contrairement au maniaque, qui confesse combien son comportement a été anormal, qui en rit ou s'en afflige, il reste d'un contact superficiel, refuse de continuer la conversation, et, derrière sa réserve d'homme du monde, on a l'impression qu'il manque de confiance et se confine dans une réticence prudente. Deux lettres reçues depuis sa sortie ne donnent lieu à aucune remarque spéciale. Il nous serait facile de produire d'autres observations montrant le caractère périodique que peut revêtir la dissociation schizomaniaque, sur un type aigu contrastant avec le comportement habituel plus réservé.

Telle est la forme périodique sous laquelle peut apparaître la schizomanie. La schizomanie est donc un état morbide plus avancé que la schizoïdie, laquelle ne constitue qu'une disposition, dont les manifestations peuvent être réfrénées, contenues. La schizomanie est un état psychopathique, aux traits bien arrêtés, pouvant subir des poussées plus ou moins actives, se manifester même seulement par bouffées, mais se développant en dehors du contrôle de la volonté, en obéissant toujours à cette règle que la désagrégation de la personnalité est fonction de la prévalence d'une aberration de l'affectivité, reléguant le moi intellectuel et social à l'arrière-plan.

Cette distinction dans le cadre de la schizophrénie a soulevé et soulèvera, sans doute, des critiques parce que l'école de Zurich et, à sa suite, la plupart des auteurs ne considèrent les états schizoïdes, schizomaniaques que comme des

formes de la schizophrénie : schizophrénie simple, schizophrénie latente. En raison de la diversité des tableaux que peuvent présenter les malades rentrant dans ce groupe, de la différence qui existe dans le pronostic et le traitement de ces psychopathies et de la schizophrénie proprement dite, il nous a semblé qu'il était intéressant d'individualiser de tels groupements nosologiques bien qu'ils soient issus dans une certaine mesure du même processus psycho-pathologique que la schizophrénie. Nous rappellerons que Kretschmer dit que la schizoïdie veut dire « semblable à la personnalité schizophrénique ». Rudin a exprimé l'opinion qu'à côté des schizophrènes nets, c'est-à-dire de malades, il y a des psychopathes ayant des points de contact avec les premiers. Ewald appelle psychoses schizoïdes celles qui présentent des symptômes avant-coureurs de la schizophrénie. Bumke parle pour caractériser ces cas de schizophrénies déguisées ou légères. Pour Berze, les schizophrènes déguisés souffrent d'une insuffisance d'activité psychique « qui cause le rétrécissement de la vie active et les tendances anti-sociales non corrigées. » Il s'agit là en effet d'une catégorie de sujets qui sont à la limite de l'aliénation mentale et qui suivant les circonstances, les moments, relèvent d'une thérapeutique plus ou moins sévère, d'autant plus qu'ils sont susceptibles de guérir ou du moins de présenter des rémissions de longue durée dans leur symptomatologie extérieure (Cataphrénies d'Austregesilo).

On voit donc que la distinction que nous avons établie au point de vue nosographique n'a pas échappé à d'autres auteurs. La dénomination de schizomanie répond bien à un état psychopathique particulier qu'il y a intérêt à distinguer de la schizophrénie.

La schizomanie peut se présenter sous la forme simple comme nous l'avons indiqué avec G. Robin, c'est-à-dire sans idées délirantes ou avec un monoïdéisme délirant qui reste dans l'ombre. Elle peut apparaître sous la forme d'indifférence et de négativisme, sous la forme mélancolique, sous la forme de rêverie, de bouderie, de haine familiale, de mysticisme délirant, avec des réactions variables d'intensité, depuis les fugues, les bizarreries de conduite, de vie jusqu'aux attentats contre les personnes ou contre soi-même (auto-mutilations). Ces faits sont intéressants à connaître parce qu'ils n'ont pas encore été suffisamment considérés du point de vue

médico-légal et que leur curabilité ou leur atténuation passagère sont d'observation beaucoup plus fréquente que dans la schizophrénie.

On ne manquera pas aussi de nous opposer que beaucoup de ces malades rentrent dans le groupe des dégénérés, des déséquilibrés décrits magistralement par Magnan. Il ne fait pas de doute pour nous que certains de nos cas auraient reçu et reçoivent encore bien souvent cette étiquette. Si l'on veut bien considérer pourtant les caractères du fond mental de ces malades on voit que les différences éclatent aux yeux. Loin de repousser l'existence de ces troubles psychiques survenant chez les dystrophiques du cerveau nous croyons qu'il y a intérêt à établir nettement leur autonomie et de les distinguer des schizoïdes. Le déséquilibre mental n'est pas un mythe : il y a des sujets qui contrairement à la tendance des schizoïdes passent leur vie à flotter au gré des courants qui les emportent. Doués de qualités intellectuelles rares ou débiles psychiques ils sont la proie des événements, ils sont gouvernés par eux au lieu de se fortifier dans l'autisme comme les schizoïdes et d'être presque invulnérables aux atteintes du dehors. L'excessif développement de leurs passions, leurs besoins de jouissances, leurs satisfactions faciles à caractère superficiel contrastent avec la jouissance profonde, contente de peu du schizoïde Dans leurs manifestations délirantes mêmes oppositions. La bouffée délirante du dystrophique, déséquilibré, est polymorphe, variable dans ses caractères, de courte durée, épisodique, provoquée par un incident souvent futile. Le délire du schizoïde est fortement attaché à son refoulement autistique, et s'intègre facilement dans ce qui constitue le noyau profond de sa personnalité. Tout le comportement du déséquilibré s'inspire d'une charge affective générale, plus ou moins bien coordonnée, mais toujours intense, celui du schizoïde est dépourvu de cet élément affectif ou bien celui-ci est polarisé sur un seul objet de sorte qu'on peut voir certains schizomanes donner des signes de détresse morale ou d'émotion parfois assez intense dans certaines circonstances, contrastant avec leur indifférence générale habituelle.

Il serait bon, en raison de l'intérêt que présente la recherche de la nature de tout trouble psychopathique pour le traitement, de prêter plus d'attention à certaines manifestations délirantes, à certains troubles du comportement, à certaines perversions et de chercher à les rattacher à leur

véritable origine au lieu de se contenter d'une formule banale faisant rentrer le cas dans le groupe aux limites élastiques des états de dégénérescence.

L'adjonction de symptômes caractéristiques de la constitution émotive, de la constitution paranoïaque, ou de la cyclothymie ne devra pas non plus faire perdre de vue la nature fondamentale du trouble psychopathique présenté par les malades. Le clinicien devra s'efforcer de trouver des éléments de discrimination qui auraient une grosse valeur pronostique en mettant à la place qu'elle doit occuper dans le tableau général chacune des manifestations de caractère accessoire.

On voit tout l'intérêt qui s'attache, pour une compréhension et une délimitation claires de la schizophrénie, à la connaissance de ces troubles préalables de la personnalité qui constituent la schizoïdie, à une analyse de plus en plus soigneuse des modalités de celle-ci non seulement dans leur caractère extérieur mais dans le mécanisme de la répercussion du processus schizoïde sur diverses manifestations psychologiques liées à ces phénomènes de compensation idéo-affective exposés par Iung, par Mœder, étudiés par Mignard et Montassut, et dont nous avons aussi montré la grande importance.

En isolant pour les besoins d'une nosographie que nous cherchons à dégager de l'obscurité quelques-unes des formes de schizoïdie et de schizomanie, nous ne nous dissimulons pas que la clinique nous présente une infinie variété de types intermédiaires allant de la schizoïdie à la schizophrénie considérée comme l'expression d'une dislocation profonde, irrémédiable des processus psychologiques.

Nous ne prétendons pas dire d'autre part que tous les schizoïdes soient voués à évoluer vers la schizomanie ou la schizophrénie, ni que tous les schizophrènes se soient distingués antérieurement par des tendances schizoïdes avérées. Il y a heureusement une quantité considérable de cas qui ont pu donner de sérieuses inquiétudes durant une certaine période et qui ont été étiquetés grossièrement démence précoce en raison de symptômes suffisamment caractéristiques de la dissociation propre à la schizophrénie et qui ont guéri. Néanmoins contrairement à ce qui s'observe dans la démence précoce organique du type Morel il semble qu'un des caractères importants de la schizophrénie doive être cherché dans un état de schizoïdie antérieur plus ou moins

accusé. Dans un travail récent (1925), Strohmayer dit : « Le rapport hérédo-biologique entre la psychopathie schizoïde et la psychopathie schizophrénique ne me paraît pas douteux: où apparaissent des éléments schizoïdes, ils se développent jusqu'à la schizophrénie ». Cette affirmation est trop absolue mais l'expérience prouve que dans la généralité des cas de schizophrénie, contrairement à la démence précoce, on trouve des manifestations schizoïdes avec les complexes affectifs qui s'y rapportent.

Le passage de la schizoïdie à la schizophrénie vraie, avec ou sans période intermédiaire de schizomanie est réalisé « quand l'activité mentale du sujet ayant complètement refoulé les tendances les plus élémentaires hors du cadre de la personnalité consciente, ces tendances, laissées à l'état archaïque, sans contrôle efficace de la volonté consciente, se réalisent et agissent sur le sujet, comme le rêve pendant le sommeil (H. Claude et R. Laforgue). » L'être psychique est bouleversé : la dissociation intellectuelle qui apparaissait dans la mise en œuvre des fonctions synthétiques atteint ici à une véritable dislocation des fonctions psychiques. Non seulement l'individu a perdu complètement contact avec la réalité, mais il semble avoir perdu l'intérêt de sa propre existence. Si dans la schizoïdie et la schizomanie le sens de la réalité ne manque pas tout entier et fait défaut surtout pour les choses en contradiction avec le complexe, suivant la pensée de Bleuler, dans la schizophrénie nous pensons qu'il a subi une dégradation qui peut n'être que temporaire mais qui s'affirme souvent complète. C'est alors que le malade néglige les soins les plus élémentaires de sa personne; jusqu'à refuser toute nourriture et à présenter du gâtisme. Il passe ses journées au lit, paraît désorienté, revêtant souvent un type de pseudo-confusion mentale. Alors se trouve réalisée au complet la symptomatologie décrite par Bleuler pouvant être compliquée par l'appoint d'éléments étrangers et notamment d'autres psychoses, et revêtant la forme des syndromes kræpeliniens (hébéphrénie, catatonie, etc.).

Nous ne croyons pas utile de revenir sur la description classique du Professeur de Zurich qui très vraisemblablement s'attachera encore aujourd'hui à mettre en relief les traits essentiels de son œuvre, mais nous voudrions seulement attirer l'attention sur certains caractères qui cadrent bien avec la conception dualiste que nous défendons des démences primaires des gens jeunes.

Ce malade que nous avons laissé dans son lit ou dans un coin, qui ne répond pas aux questions, fait des réponses à côté ou emploie même des expressions glossolaliques (Mœder), qui a l'air absent, lointain, sujet au rire ou aux pleurs sans motif apparent, qui donne l'impression d'être tantôt inaffectif, tantôt seulement dissonant dans le ton des manifestations affectives, ressemble singulièrement à notre « dément précoce » classique. Et pourtant ce « schizophrène » n'est pas un dément tout simplement. L'interrogatoire parvient parfois à démontrer l'existence de certains éléments révélateurs d'une pensée autiste. Dans l'apparente incohérence des propos il est possible de trouver le fil conducteur d'un thème unique relié à un complexe affectif que révèle l'anamnèse (Iung). Utilisant le même procédé d'investigation employé par Morel et les anciens auteurs, l'éthérisation, nous avons eu souvent la bonne fortune de mettre en lumière des complexes qui par des recoupements avec les renseignements fournis par l'entourage nous éclairaient sur la genèse des troubles psychiques. Il nous a été possible également de cette façon de démontrer qu'il n'existait pas de démence vraie, globale, et que les fonctions intellectuelles en partie disloquées étaient capables néanmoins de contribuer à une synthèse mentale. De même il nous a été donné, grâce à ce procédé, de voir s'atténuer la dissociation bipolaire du caractère, dissociation qui expliquerait l'ambivalence caractéristique des individus qui à chaque sentiment positif opposent un autre négatif qui annihile plus ou moins complètement le premier.

Il ne conviendrait pas toutefois de penser que cette dissociation profonde ne va pas sans un affaiblissement des facultés intellectuelles, lorsque la maladie a eu une longue durée, lorsqu'on a laissé les sujets perdus dans leur autisme sans chercher à les rattacher de plus en plus au monde extérieur. En effet l'isolement prolongé dans les asiles, où l'on ne traite pas ces malades, favorise l'anéantissement progressif de fonctions seulement dissociées et engourdies. De même que dans la « démence précoce » nous avons invoqué a propos de certains cas le surmenage intellectuel ou l'infection, ou un processus d'usure fonctionnelle ou d'abiotrophie en rapport avec une labilité constitutionnelle des fonctions psychiques, il est possible que dans la schizophrénie la longue stagnation de l'activité intellectuelle dans une attitude anormale, à l'abri de contacts extérieurs, provoque des altéra-

tions anatomiques par un processus d'épuisement ou d'involution dont on trouve de nombreux exemples en pathologie générale. Alors se trouve réalisée une démence globale au sens véritable du mot, mais secondaire au point de vue chronologique.

Afin de montrer d'une façon plus objective les caractères que nous reconnaissons à la schizophrénie nous croyons utile de reproduire quelques observations.

I. — Observation empruntée à Morel (1853).

Séraphine T., normale jusqu'à l'âge de 18 ans (?) Premier chagrin sérieux à l'occasion d'un second mariage que contracte sa mère : profonde mélancolie, actes empreints d'une *irritabilité* maladive, désaffection à l'égard de sa mère, violence contre le beau-père. Sa mère la maltraite, l'abandonne dans un bois. Chagrins exacerbés, terreurs. Idées délirantes, érotisme, troubles de la menstruation, puis demi-stupidité, actes automatiques, soliloquie ; impassibilité à l'égard de sa famille. Cet état s'est constitué progressivement de 18 à 21 ans.

II. — Germaine V., 23 ans. Entrée en 1923 dans la clinique de Ste-Anne.

Antécédents : tante obsédée. Elle-même nature renfermée s'analysant, désireuse de sortir de son milieu. A 11 ans crise de dépersonnalisation. Etudes, fatigues, brevet supérieur à 18 ans. A 21 ans choc affectif. Mariage d'un cousin qu'elle aimait. Se plaint de sa condition sociale non en rapport avec ses goûts. Irritabilité, phénomènes d'excitation, trouble de l'attention, retard dans l'idéation, indifférence, inertie, hilarité spontanée, quelques associations de mots très superficielles. Sentiment d'étrangeté, stéréotypies dans le langage, ambivalence, discordance. Rit aux éclats en parlant du cousin qu'elle n'a pas épousé. L'éthérisation a permis de reconstituer toute l'histoire du choc sentimental, alors que la conversation ordinaire ne donnait rien ou des manifestations de discordance. Pendant un an la symptomatologie ne se modifie pas : propos incohérents, excitation, gestes violents. Opérations intellectuelles et calculs satisfaisants.

Après vingt mois de séjour dans le service peut sortir, il ne reste qu'une légère excitation, des associations d'idées bizarres, des digressions, ne conserve qu'une conscience peu nette des troubles ressentis, travaille convenablement à des ouvrages de broderie, activité assez bien ordonnée.

Rentre de nouveau dans le service après une rémission de plus d'un an avec les mêmes symptômes que lors du premier séjour.

III. — Jeanne V., 22 ans, nous est présentée au début de 1923 par le Dr Neuberger.

Pas d'antécédents héréditaires. Mère émotive, ultra-sensible. Père un peu brutal, dur avec la mère, scènes familiales ayant impressionné la jeune fille qui par son instruction, sa sensibilité, ses goûts, s'élève au-dessus de sa condition sociale médiocre, souffre de ne pouvoir réaliser ses aspirations : sentiments religieux froissés par le contact de parents libres-penseurs, aspiration au mariage, projets non réalisés, ébauche d'une vocation religieuse ; en automne 1922, achève des études d'anglais dans un couvent en Angleterre. Attachement à une religieuse qui d'un commerce spirituel passe à des actes plus matériels (baisers sur la bouche), perturbation émotive, crise morale, conflit pour sacrifier cette affection, retour dans la famille, introspection, sentiment de dépersonnalisation, régression sentimentale infantile, reploiement sur elle-même, hostilité à l'égard du père, sentiment d'influence et d'étrangeté des sensations qu'elle cherche en vain à expliquer. Logorrhée. Verbigération confuse. Séjour dans une maison de santé, fugue. Progressivement exagère son introspection, ne vit que dans ses sentiments et ses sensations qu'elle extériorise mal. Certain maniérisme, se complaît à évoquer la petite fille qu'elle était, si pure, si soigneuse, si active, compare cette petite personne à ce qu'elle est aujourd'hui, inactive, passive, souffrante. Enfin surviennent des illusions puis des hallucinations, une instabilité et un désordre des actes avec fugues, impulsions, désordre de la pensée, accès de jovialité. Séjour dans diverses maisons de santé. Désagrégation de plus en plus prononcée : accès de dépression avec mutisme, refus d'aliments, phrases stéréotypées sans lien avec la condition présente, accès d'excitation avec discordance, logorrhée, jovialité, plaisanterie. Pas d'activité utile. Périodes de mieux et de plus mal. Attachement à certains jeunes médecins des maisons de santé. Erotisme. Impulsions.

Dans ces derniers temps entre dans le service de la clinique avec un état catatonique, négativisme. Impulsions constantes à étrangler les infirmières, sa mère. Nécessité des moyens de contention, alimentation à la sonde. Cet état dure deux mois, amélioration avec le retour des règles suspendues, érotisme, jovialité, excitation psychique, enfin amélioration très importante coïncidant avec un traitement par les préparations orchitiques : sorties au dehors autorisées, ne donnant lieu à aucun désordre, affectivité normale. Cessation de traitement, rechute, retour de l'excitation avec incohérence, allusions aux médecins qui ont fixé son attention, bavardage, très grande variabilité dans l'attitude, la tenue. Conservation parfaite des souvenirs récents ou anciens. adaptation beaucoup plus cohérente de la pensée au langage soit dans les lettres, soit dans les conversations en langue anglaise.

Activité pragmatique très réduite contrastant avec des capacités intellectuelles à peu près normales : réponses pertinentes sur des sujets scientifiques, littéraires, historiques. Projets d'avenir judicieux à certains moments.

Un tel cas suivi depuis trois ans contraste vraiment avec celui de Pierre H. que j'ai relaté dans la première partie de ce rapport, dans lequel on a assisté à une déchéance primitive, globale et rapidement progressive de toutes les facultés intellectuelles, sans qu'on puisse reconnaître à l'origine de ce cas les nombreuses perturbations affectives qui sont évidentes dans l'histoire de cette jeune fille et de la précédente. J'en dirai autant de la plupart des malades dont j'ai relaté l'histoire avec mes collaborateurs dans ces derniers temps, mais qui se présentèrent avec des manifestations cliniques quelque peu différentes.

Tel est le cas de Dat (1), jeune fille qui après s'être isolée de son milieu familial pendant une dizaine d'années dans une sorte de bouderie, par dépit de ne pas s'être mariée, tomba dans un état de négativisme avec inertie, assez voisin de la catatonie, dont elle sortit quelques jours, pour retomber après une visite à ses parents et dont elle ne se départit pas jusqu'à sa mort survenue par tuberculose. Il s'agissait d'une cristallisation de la pensée dans un processus d'intériorisation, avec indifférence affective apparente, aboulie sans déficit psychique proprement dit. C'est dans ce cas que je n'ai trouvé aucune lésion importante du système nerveux.

Chez une autre de nos malades ce fut une sorte de besoin morbide de curiosité (2) qui la poussa à toutes sortes d'expériences bizarres qui bouleversèrent son existence jusqu'au jour où mariée dans des conditions absurdes, la discordance devient de plus en plus évidente. Une grossesse et un accouchement achevèrent de provoquer la dislocation d'une personnalité déjà désagrégée et des actes dangereux qui amenèrent la mort de l'enfant provoquèrent son internement. Cette « curieuse discordante » arriva par une série d'étapes à une démence schizophrénique avec excitation et incohérence complète.

---

(1) H. Claude, Borel et Robin. — Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif. *Soc. méd. Psychol.*, 26 nov. 1925.

(2) H. Claude et A. Borel. — Une curieuse discordante. Evolution d'un état schizoïde constitutionnel vers le type hébéphrénique. *Soc. méd. Psych.* 26 février 1923.

Dans ces diverses observations une enquête attentive montre soit des manifestations antérieures de schizoïdie, soit un choc qui, toléré en apparence pendant un certain temps, donne lieu ultérieurement à des phénomènes de dissociation analogues à ces phénomènes psychiques d'émotion retardée dont nous avons étudié le mécanisme, avec de Saussure, chez l'hystérique.

Enfin je voudrais relater brièvement une des histoires les plus typiques, à mon point de vue, des différents aspects schizoïdes, et qui justifie les dénominations que nous donnons à des formes cliniques qu'il est essentiel de distinguer en raison des conditions différentes au point de vue social qui sont faites aux individus.

M. R. dont la femme est d'apparence normale, un peu émotive, assez effacée, est à la tête d'une exploitation agricole considérable, qu'il a créée lui-même et poussée à un degré d'industrialisation intensif. Sa capacité d'organisation est remarquable, ses affaires prospèrent de jour en jour grâce à son habileté, à sa puissance de travail. C'est un homme de réalisation au premier chef, au point de vue commercial d'une activité prodigieuse. Voilà une de ses faces. D'un autre côté, c'est un rêveur qui fait de sa vie deux parts. Le matin, levé tôt, il monte à cheval, puis s'enferme dans son cabinet avec ses collaborateurs spécialisés, se fait tenir au courant des plus importantes questions scientifiques, et échafaude toutes sortes de théories personnelles dans lesquelles l'élément imaginatif joue le rôle essentiel, il en est de même pour les questions sociales et religieuses. Il a édifié dans une pièce d'un de ses établissements un monument symbolique de la pensée humaine considérée du point de vue religieux et on voit sur les murs une série de tableaux figurant certaines conceptions obscures relatives au rôle de l'azote condensé dans la nature et certaine « loi des équilibres » dont il trouve l'application dans toutes sortes de circonstances. Voilè donc un homme d'une intelligence supérieure, représentant ce type schizoïde bipolaire dont nous avons parlé : l'un des pôles est tourné vers l'activité pragmatique la plus strictement réalisée, l'autre vers une activité de rêve parfois ingénieuse, mais toujours assez obscure empreinte d'une idéologie dépourvue de toute critique.

Un fils de cet homme est interné pour une schizophrénie du type catatonique, se traduisant par une activité stéréotypée, limitée à des classifications, des dessins, des travaux de reliure rudimentaires, tout cela exécuté avec un ordre méticuleux ; telles sont les périodes de calme dans lesquelles en dehors de certaines bizarreries d'allures, de costume, la vie s'écoule assez paisiblement et ceci depuis plus de 25 ans. Le fond intellectuel n'est pas

très touché comme le prouvent les lettres, certaines réflexions, le goût de la lecture, quoique même dans les périodes de calme les visites du médecin se heurtent parfois à un mutisme absolu, avec impassibilité, occlusion des oreilles. Puis de temps en temps surviennent des périodes d'excitation avec récriminations à l'égard de sa famille, injures, violences, bris d'objet, etc.

Un autre enfant, une fille, réalise le tableau de la schizomanie : depuis plus de vingt ans vie inadaptée aux conditions sociales, nécessitant des séjours dans des maisons de santé, des voyages sous surveillance médicale, idées délirantes mystiques par périodes avec idées de grandeur, conceptions pseudo-scientifiques relatives à l'hygiène générale, à l'alimentation, fugues, projets de voyage insensés tout à coup, animosité, menaces et actes de violence à l'égard de sa famille, qui comble la malade de soins. En somme, comportement d'allure délirante, variable, répondant à des préoccupations autistiques rappelant certaines tendances imaginative, du père, mais avec un élément de débilité psychique et de perversité. Voilà le véritable comportement. L'autre face, pour un observateur non prévenu, est celle d'une personne du monde, de tenue et de conversation convenables, mais peu capable de se diriger raisonnablement dès qu'on lui fait exposer ses projets.

Un autre fils sé présente actuellement seulement comme un déséquilibré, ayant fait une série d'actes déraisonnables, orgueilleux, amoral, et ayant les mêmes tendances que les autres enfants à manifester des sentiments d'animosité contre le père qui est, il est vrai, assez autoritaire.

Plusieurs autres enfants normaux.

L'histoire de cette famille nous a paru assez caractéristique des diverses formes de ces schizozes qu'il convient de séparer des simples états de dégénérescence mentale, avec déséquilibre, dysharmonie, débilité et manifestations délirantes épisodiques.

D'autre part, il conviendra de distinguer des schizozes certaines manifestations névrotiques traduisant simplement un *trouble de l'émotivité et de l'affectivité à caractère épisodique.* Il ne s'agit pas dans ces cas d'une dissociation constitutionnelle de la personnalité, mais d'une hypersensibilité qui conduit *d'une façon temporaire* les sujets à présenter les manifestations extérieures de la schizoïdie. Nous avons rencontré souvent des faits de cet ordre chez des jeunes sujets et ces psycho-névroses affectives ont bien guéri par une hygiène appropriée et une psychothérapie judicieuse.

Enfin, il conviendrait de rattacher à la schizophrénie les

démences paranoïdes. Mais cette question mériterait de faire l'objet d'une étude spéciale. En effet on sait combien les idées des auteurs et de Kræpelin lui-même ont varié sur ce sujet. Les uns donnent une extension considérable au domaine des paraphrénies, dans le cadre toutefois de la démence précoce. Les autres les en séparent et les rapprochent des psychoses hallucinatoires chroniques et des démennes vésaniques.

Nous avons déjà exposé l'an dernier nos idées sur ce sujet. Nous pensons qu'il existe une *hébéphrénie délirante* constituée par les caractères ordinaires de la schizophrénie à type hébéphrénique, s'observant comme l'a indiqué Kræpelin chez des sujets jeunes de 20 à 30 ans, mais compliquée d'idées délirantes à type hallucinatoire, absurdes, incohérentes, sans systématisation véritable.

Chez des sujets plus âgés (35 à 50 ans) s'observent les *psychoses paranoïdes* qu'il faut distinguer des *psychoses paranoïaques* de type hallucinatoire, interprétatives ou fondées sur le sentiment d'influence. Ces dernières reposent essentiellement sur le fond constitutionnel paranoïaque, se développant d'une façon systématique, cohérente, avec toute la logique d'un raisonnement qui part seulement de prémisses erronées. Le comportement au point de vue social peut n'être pas très troublé.

La *psychose paranoïde schizophrénique* se manifeste au contraire par une activité délirante *d'apparence incohérente,* mal systématisée d'emblée. Il existe de bonne heure des signes de discordance, une désagrégation manifeste de la personnalité, de l'indifférence à l'égard des idées délirantes. Les symptômes démentiels sont peu prononcés, toutefois des réactions absurdes, des moyens de défense mal contrôlés séparent nettement ces psychoses des psychoses paranoïaques, et l'activité psychique ne se prête plus à des acquisitions nouvelles.

Mais ce qui doit retenir notre attention c'est que ces psychoses tirent leur origine le plus souvent d'un trauma affectif. Comme l'a bien indiqué Bleuler, la pseudo-incohérence de ces paranoïdes résulte d'une dissociation de la personnalité qui subordonne l'activité intellectuelle à une activité affective profondément troublée par certains complexes d'origine sexuelle (Freud), sociale ou autres.

⁂

Je ne dirai que quelques mots de la question de l'hérédité dans les schizoses, parce que le sujet a été traité déjà au Congrès des Aliénistes Suisses de juin 1926, par MM. W. Boven et Rudin avec toute l'autorité que leur confèrent leurs recherches savantes. L'introduction des théories mendéliennes dans l'étude de l'hérédité des psychoses permet de concevoir qu'à l'avenir nous aurons peut-être des données vraiment scientifiques concernant un problème qui est beaucoup plus difficile à résoudre pour l'espèce humaine que pour les individus du règne végétal. Avec M. Boven « je pense qu'il ne faut pas se faire d'illusions ». Cet auteur beaucoup plus qualifié que moi pour apprécier les études très compliquées de Wittermann, de Lundborg, de Lenz, de E. Kahn, dont les résultats sont assez contradictoires « trouve bien vides les discussions sur le caractère récessif ou dominant des psychoses ». La recherche des « gènes » pathologiques me paraît d'autant plus hérissée de difficultés que des affections comme la démence précoce sont encore mal délimitées, « qu'elles englobent et confondent dans un même diagnostic des syndromes génotypiquement dissemblables ou, au contraire, qu'elles séparent et distinguent trop catégoriquement des entités morbides ayant la même origine ». Dans une enquête généalogique même aussi poussée et aussi consciencieuse que celle qu'a faite Mme Minkowska (et ce n'est que sur des enquêtes généalogiques de cette nature qu'on peut faire une étude scientifique ayant vraiment le caractère mendelien), il est fort difficile d'établir un diagnostic car ce n'est pas le même médecin compétent qui a pu examiner tous les cas, et l'importance variable qu'on attribuera au génotype ou au phénotype troublera l'enquête.

D'autre part, il n'est pas possible d'assimiler les conditions pathogéniques d'une psychose comme la D. P. aux conditions qui influencent même la descendance de la fameuse mouche Drosophila ampelophila. L'hérédité n'est pas tout dans la genèse d'une maladie. La sommation des facteurs exogènes de tous ordres doit avoir le plus souvent un rôle dominant, le simple bon sens l'indiquait. Néanmoins, les recherches statistiques de Rudin, celles de Wimmer, de Hoffman semblent avoir montré que la démence précoce serait une affection récessive d'hybrides. « Son éclosion serait conditionnée par la collusion de deux tares paternelle et maternelle. »

Mais, il convient d'admettre aussi que le facteur hérédi-

laire doit être aggravé par des troubles du développement général, soit d'origine endocrinienne, soit d'origine circulatoire, soit de nature toxique. Les dysgénésies de nature syphilitique, tuberculeuse, alcoolique ne peuvent être méconnues, qui donnent au système nerveux cette labilité particulière, localisée, peut-être, à certains appareils. L'appoint toxi-infectieux n'est sans doute pas négligeable, avons-nous dit, dans la démence précoce vraie. Dans la schizophrénie si la tendance à la dissocitaion, si la vulnérabilité de l'affectivité est préparée par les dispositions héréditaires, il n'est pas douteux que la maladie éclate surtout à la faveur des traumas provoqués par le déchaînement des instincts, des désirs, des « ergies » suivant l'expression de Bleuler. C'est pourquoi le rôle de l'hérédité pourrait être, sans doute, diminué par une orientation appropriée de l'éducation, de l'hygienè mentale, et par une thérapeutique précoce.

En résumé, ces réserves faites, nous sommes en droit de réclamer, pour être fixés sur le problème de l'hérédité, des statistiques nouvelles, des recherches généalogiques, comme celles de Mme Minkowska, qui, sans être à l'abri de certaines critiques, sont certainement d'un haut intérêt. Sinon lorsqu'on se borne à rechercher l'hérédité directe similaire, comme je l'ai fait pour mon stock d'observations, on voit qu'elle est extrêmement rare. Pour le jeune dément précoce, Pierre H., dont j'ai rapporté l'observation, je ne trouve aucun antécédent psycho-névrotique avéré jusqu'à la 4e génération dans la ligne paternelle, comme dans la ligne maternelle. Deux familles, parmi les cas que j'ai observés, mettent en relief la notion d'hérédité, celle dans laquelle trois frères présentent un syndrome hébéphréno-catatonique à l'occasion de l'encéphalite (la mère a été interné plusieurs fois pour accès maniaco-dépressifs) — celle qui présente les divers types de schizoses. — Une autre personne que j'observe depuis longtemps, atteinte de psychose maniaque dépressive typique, a une sœur démente précoce et un frère suicidé (mélancolie probable). Le père et la mère étaient normaux. Les renseignements, fournis par un examen superciel qu'imposent en général les possibilités, ne permettent pas de retrouver aisément l'hérédité similaire, même lorsqu'on s'efforce de découvrir « sous l'apparence du disparate et de l'hétérogène les traits du semblable et sa caractéristique, que seule notre ignorance nous tenait cachés ».

***

J'ai insisté assez longuement dans la première partie de ce rapport sur la nécessité de conduire, conformément à la méthode anatomo-clinique, les investigations relatives au substratum anatomique qu'on est tenté de chercher dans ce groupe de démences précoces. J'ai déjà dit que les divergences d'opinions des auteurs peuvent être dues à ce fait que les constations anatomiques n'avaient pas trait à des sujets atteints de la même catégorie d'affections. Une seule fois (cas du jeune Lev.) j'ai trouvé des lésions — et je les ai opposées aux résultats négatifs de l'examen histologique du cerveau de Dat., cette schizophrène dont j'ai parlé plusieurs fois. Une autre malade rentrant plutôt dans la forme paranoïde de la schizophrénie, à allure de manie chronique a fait l'objet d'une observation anatomoclinique très complète, que je résumerai ici :

Mlle G., 37 ans, observée depuis 1920. Enfance entourée de mystère, a vécu dans un pensionnat. Eveil sexuel à 8 ans et, jusqu'à la menstruation, débordement de la sexualité en imagination et en actes. A 12 ans, réglée, refoule ces incitations sexuelles, devient rêveuse, s'isole, se laisse envahir par un sentiment d'incomplétude. Toujours enfermée dans un pensionnat, n'ayant connu ni père ni mère, elle est en proie à un sentiment de malaise moral, relatif à sa naissance. Elle ignore tout à ce sujet. Une vieille dame distinguée vient la voir de temps en temps, subvient aux frais de pension, est bonne pour elle, mais ne lui dit rien de sa naissance, ni de son avenir. A 18 ans apparaît une pilosité faciale et corporelle anormale. De plus en plus, besoin de liberté, d'expansivité, tendances érotiques imaginatives, mais la vie au pensionnat lui devient tellement insupportable qu'à 24 ans elle exige sa sortie, espérant réaliser les rêves des années antérieures. Déceptions sociales, déceptions amoureuses. Idées vagues de persécution ; les personnes qui l'ont connue au pensionnat doivent souhaiter sa disparition. Elle est espionnée. Les soins médicaux nécessités par une métrite sont suspects, etc. Après treize ans d'une vie misérable, faite de soucis matériels, de préoccupations d'ordre affectif, état de dépression, pour lequel elle entre dans mon service à Saint-Antoine en 1920. Séjour d'un an : tristesse, inactivité, idées délirantes de persécution avec orgueil, manifestations anxieuses, pleurs, idées de suicide, préoccupations constantes relatives à son origine, activité revendicatrice à l'égard des personnes qui, tout en feignant de s'occuper d'elle, n'ont cherché en réalité qu'à la tenir à l'écart, la faire vivre dans une condition misérable ; cette irritabilité s'est étendue à tous les rapports sociaux, discussions avec les voisins, concierge, etc.

Elle sort en août 1921 et rentre à Ste-Anne en septembre 1922.

Diagnostic : état mélancolique, avec idée délirante incohérente d'auto-accusation et de possession, troubles cénesthésiques, obsessions génitales, hallucinations auditives et psychiques, syndrome mélancolique à type Cotard. Un mois plus tard, transformation des symptômes : opposition, agressivité et apparition d'un *syndrome de manie chronique,* qui a duré quatre ans, avec vagues idées de persécution, cris, injures, violences. Cette femme a vécu constamment nue, déchirant tout, donnant, avec sa pilosité intense, l'impression d'un être sauvage.

Elle est morte de tuberculose en mars 1926. L'examen du cerveau a été négatif. (Dr J. Cuel).

« Macroscopiquement, le cerveau est normal. On note seulement un léger épaississement de la pie-mère, spécialement dans la région frontale.

« Microscopiquement, au niveau des méninges frontales, on remarque un certain degré d'infiltration à cellules rondes, aspect microscopique de l'épaississement méningé déjà noté et vraisemblablement en rapport avec l'infection bacillaire.

« Dans le cortex, assez nombreux capillaires de néoformation. Pas d'épaississement des gaines périvasculaires, libres, mais un peu dilatées.

« Sur les préparations colorées par la méthode de Nissl, le cortex, examiné en différents points, ne montre pas de modifications de l'architectonie cellulaire. Le nombre, le volume et la morphologie des cellules ne sont pas altérées. Il n'existe aucun aspect de dégénérescence cellulaire.

« En certaines zones, on remarque bien la présence de quelques figures de neuronophagie, ou plutôt de satellitose, mais elles sont discrètes et peu abondantes. Elles peuvent, d'ailleurs, s'expliquer par l'infection terminale.

« Les noyaux gris centraux ne semblent pas altérés. Il existe seulement une légère dilatation des gaines périvasculaires. Pas de phénomènes inflammatoires. Les cellules apparaissent normales quant à leur nombre et à leur morphologie.

« Le pédoncule cérébral est normal. Locus niger très pigmenté. Cellules sans altérations.

« Le tronc cérébral ne montre aucune lésion.

« Les colorations myéliniques ne sont pas achevées.

« *Viscères.* — En dehors des lésions de tuberculose pulmonaires bilatérales, les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent aucune particularité notable, à part le foie, qui montre de vastes zones de dégénérescence graisseuse, ainsi que d'assez nombreux nodules inflammatoires, formés de cellules rondes embryonnaires, disséminés dans toute l'étendue du parenchyme hépatique. Capsules surrénales extrêmement petites.

« Au niveau de l'hypophyse, à noter la présence d'un petit kyste colloïde dans le lobe antérieur. »

***

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Je voudrais maintenant considérer, dans une vue d'ensemble, les divers types de démence précoce et de schizoses, que j'ai décrits, et chercher si l'on peut justifier cette distinction par des différences dans le mécanisme psycho-pathologique et la pathogénie de ces affections, dont j'ai déjà parlé précédemment, mais sur quoi je dois encore insister.

Lorsqu'on s'est imprégné de la lecture d'un assez grand nombre de publications concernant la démence précoce il reste une impression quelque peu déconcertante tant sont grandes les divergences d'opinion sur le classement des symptômes morbides, tant sont contradictoires les explications qu'on a cherchées dans la genèse d'un ensemble symptomatique assez bien délimité, mais dont les causes, les lésions, le mécanisme psychologique restent encore entourés d'obscurité de sorte que l'identication générique de chaque cas se présente comme assez douteuse.

M'appuyant sur les faits qui se sont présentés à moi comme sur les observations des auteurs, j'ai pensé apporter quelque clarté en divisant en deux grands groupes les états démentiels primaires des sujets jeunes. A l'un s'applique le terme de démence précoce (Morel) ou hébéphrénie (Kahlbaum-Hecker). A l'autre le terme de Schizoses employé depuis un certain temps dans la littérature allemande et sous lequel sont rangées diverses formes de dissociation de la personnalité décrites par les auteurs depuis la schizoïdie (Kretschmer) jusqu'à la schizophrénie proprement dite (Bleuler).

Le trouble fonctionnel qui est à la base de ces diverses maladies peut être comparé à d'autres troubles fonctionnels des divers appareils.

C'est ainsi qu'en pathologie cardiaque on observe des insuffisances myocardiques par lésions orificielles ou artérielles à caractère définitif, des insuffisances temporaires par cœur forcé, des troubles fonctionnels dissociés sans retentissement grave sur la circulation (tachycardies, arythmies)

les uns passagers les autres permanents, ces derniers pouvant entraîner toutefois à la longue l'insuffisance cardiaque.

Parallèlement on placerait la démence précoce à évolution démentielle définitive, les insuffisances psychiques de la schizophrénie avec ses rémissions, enfin la schizomanie et la schizoïdie.

Il conviendrait aussi d'adopter une terminologie précise : les expressions allemandes employées tour à tour: Dementia, Demenz, Verblödung, Blödsinn, Defekt, etc., caractérisent des états pour lesquels les auteurs ne paraissent pas admettre un réel affaiblissement et encore moins un véritable anéantissement des facultés intellectuelles.

J'ai employé le mot démence dans le sens d'affaiblissement global des facultés intellectuelles, à des degrés différents suivant les diverses fonctions, affaiblissement progressif — et définitif parfois — régressif dans d'autres jusqu'à la guérison plus ou moins complète. Mais je préférerais plutôt alors le terme d'insuffisance psychique.

La « démence précoce » qui est signalée par l'affaiblissement psychique global mais inégalement prononcé se présente sous la forme hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique de la symptomatologie kræpelinienne. Elle apparaît comme une maladie accidentelle sans relation étroite avec une hérédité similaire, résultat d'un surmenage intellectuel relatif pour l'individu, d'une infection ou d'une intoxication endogènes, et reposant sur une base organique. Celle-ci est insuffisamment connue au point de vue histologique parce que les cas n'ont pas été étudiés par la méthode anatomo-clinique rigoureuse et qu'ils sont encore mal classés. Tout porte à croire qu'il s'agit de lésions cellulaires inégalement réparties, surtout corticales dans certains cas, étendues aussi aux ganglions centraux dans d'autres. Ces lésions doivent pouvoir progresser ou régresser à la façon des encéphalites par poussées, ou même guérir. Des accentuations de troubles fonctionnels peuvent résulter de troubles circulatoires ou toxiques surajoutés occasionnellement. Il s'agirait en somme d'une encéphalite. Cette forme paraît beaucoup moins fréquente que la suivante.

La schizophrénie soit qu'elle se révèle par le syndrome catatonique ou la variété délirante paraît résulter surtout d'un processus psychogène tirant son origine dans une constitution schizoïde antérieure ou dans des complexes affectifs refoulés suivant un mécanisme freudien. Ses caractères cli-

niques fondamentaux sont non l'affaiblissement psychique banal, mais l'insuffisance psychique relative, les anomalies mentales conformes au concept bleulérien : dissociation des facultés intellectuelles, troubles dans les associations, troubles de l'affectivité, perte du contact avec le monde extérieur.

La plupart des auteurs s'accordent à assigner aux symptômes un mécanisme en rapport avec un trouble fonctionnel dans les associations cortico-thalamo-striées. En effet bien des manifestations de discordance ou de l'ordre catatonique peuvent être observées dans des maladies où il existe des lésions opto-striées. Mais comme ces manifestations ici sont variables, transitoires, curables même parfois, il faut bien penser qu'elles ne sont pas, au début du moins, sous la dépendance d'altérations profondes et qu'il s'agit peut-être d'un simple engourdissement, d'une sorte de somnolence partielle des associations cortico-ganglionnaires, peut-être parfois d'ordre toxique. La corticalité, il est vrai, peut donner sa note personnelle, mais l'action frénatrice, dont la déficience paraît provoquer certains phénomènes, les impulsions, les stéréotypies, etc., semblerait surtout sous la dépendance des organes sous-corticaux. *Voilà donc les deux types, que nous avons voulu isoler, dans la démence primaire des sujets jeunes.*

Si ce dualisme répondait à la réalité, il serait plus aisé de classer les opinions et les constatations faites à propos de chaque cas. En effet la plupart des auteurs parlent tantôt de schizophrénie, tantôt de D. P. en attribuant des caractères différents aux maladies qu'ils désignent ainsi, mais alors de quoi s'agit-il ?

Pour Kræpelin la maladie qu'il a décrite était une maladie organique (une encéphalite pourrait-on dire) ; « l'autopsie dans la D. P. a découvert des processus maladifs destructifs comme base de l'image clinique. »

Alzheimer considère au contraire la schizophrénie comme une maladie de l'esprit avec tendance marquée vers des états d'affaiblissement psychique.

Tout en déclarant que nous ignorons les altérations histologiques qui sont la cause des psychoses ou constituent des phénomènes parallèles aux symptômes psychiques, et que nous ne savons si par exemple un agent toxique provoque d'une part les symptômes psychiques et d'autre part les modifications catatoniques, Bleuler incline à penser que : « une partie des éléments du mécanisme qui aide à former

les instincts, l'affectivité, la volonté, est encore localisée dans les centres inférieurs, surtout dans les ganglions centraux » et il oppose les manifestations intellectuelles aux « ergies ». Les premières seraient le résultat d'une activité particulière pour ainsi dire de l'écorce et n'auraient rien de commun avec les ergies. Il semble que pour lui le trouble qui est à l'origine des symptômes fondamentaux qu'il a décrits réside dans une altération des fonctions ganglionnaires ou cortico-ganglionnaires.

Berze qui a émis des opinions à peu près analogues à celles que nous défendons sur les états schizoïdes et le passage de la schizoïdie à la schizophrénie chronique déclare : « la schizophrénie n'est pas encore la démence précoce. On ne doit parler de cette dernière maladie que s'il y a une véritable démence. Le changement schizophrénique est un « defekt », mais non pas une démence défective ».

A propos des lésions le même auteur admet que « lorsque de tels changements se sont produits dans l'écorce il n'apparaît pas une simple schizophrénie mais une vraie démence précoce soit à cause de la grande vulnérabilité pathologique de l'appareil psycho-cortical, soit à cause de la grande activité de l'agent toxique ». Il semblerait donc que pour lui les altérations corticales ne représentent pas le substratum de la schizophrénie, mais celui de la démence précoce. D'ailleurs pour cet auteur le trouble schizophrénique par excellence, c'est l'hypophrénie et cette hypophrénie n'a rien à voir avec la démence, et il revient constamment dans son travail de 1925 sur la distinction entre la D. P. et la schizophrénie. « En général les cas qui présentent les caractères de démence défective *pour lesquels je voudrais voir réserver la dénomination de D. P.* se caractérisent pour une large part non seulement par l'affaiblissement psychique (Verblödung), mais par l'apparition relativement peu prononcée du trouble hypophrène ». Berze reconnaît également, après avoir émis une opinion analogue à celle que nous avons exprimée depuis quelques années et défendons aujourd'hui, que le diagnostic différentiel entre la schizophrénie et la D. P. n'est possible que dans les cas où il y a un trouble hypophrénique pur ou si une déficience défective s'établit. Beaucoup de cas d'hébéphréno-catatonie sont vite reconnus comme D. P. mais beaucoup d'autres pris pour des schizophrénies aboutissent à la démence.

Berze a cherché dans une discussion assez obscure sur les

caractères des génotypes la différenciation des deux formes d'insuffisances psychiques primaires, il finit par déclarer « qu'au point de vue biologique le groupe schizoïde-schizophrène doit être opposé au groupe de la véritable D. P. ».

Encore une fois j'adhérerais tout à fait à cette distinction. Malheureusement cet auteur termine son article en ces termes: « La D. P. dans le sens où je l'entends (c'est-à-dire le groupe de « forme schizophrénique dans lequel on observe un processus « de l'écorce conduisant à une véritable démence organique) « prend-elle une place particulière génotypique ? On ne « pourra en décider que lorsqu'on saura si certains facteurs « importants ne jouent pas un rôle dans l'apparition de ces « formes ».

La question serait de cette façon nettement posée si Berze n'introduisait pas dans sa phrase les mots « groupe de forme schizophrénique », car alors nous sommes ramenés à la démence schizophrénique, ce qui constitue à mon sens de nouveau la confusion.

Les mêmes remarques s'appliqueraient à d'autres auteurs dont je ne peux rappeler ici tous les travaux et qui distinguent bien des démences précoces avec affaiblissement intellectuel et des états schizophréniques, pour laisser toutes ces entités morbides dans le même groupe nosographique.

Ainsi notre distinction entre la D. P. démence primaire progressive et globale des sujets jeunes et la schizophrénie, psychose caractérisée par la dislocation de l'activité psychique suivant le type bleulérien et conservation partielle de certaines facultés, est reconnue pratiquement dans l'esprit de plusieurs auteurs. Mais pour la forme ils continuent à ranger leur cas dans le cadre immense de la schizophrénie : alors que valent des déclarations comme celle-ci de Berze : « ce qui m'apparaît comme particulièrement important c'est que les recherches anatomiques laissent toujours voir davantage que la maladie de l'écorce, base de la démence précoce, la cerebropathia dementiæ precocis (non schizophréniæ) est une maladie du système cortical spécifique » ; — et cette autre de Josephy : la destruction cellulaire (qu'il vient de décrire) est « caractéristique et spécifique seulement pour la démence précoce ».

Si l'on admet la dualité que nous nous sommes efforcés d'indiquer entre la démence précoce et la schizophrénie les faits perdent leur caractère d'ambiguïté et les recherches partent d'une base plus stable, même si elle est hypothétique,

même si l'on ne considère ces deux formes de psychoses que comme des variétés de la démence primaire des sujets jeunes. La science ne suppose-t-elle pas démontrés certains éléments du problème pour pousser plus loin ses inductions ?

La démence précoce nous apparaîtrait alors comme une entité nosologique : maladie accidentelle survenant sur un terrain prédisposé en raison d'une labilité particulière des fonctions intellectuelles, à l'occasion de surmenage, d'infections, d'auto-intoxications, sorte de psychose d'épuisement, particulière aux sujets jeunes, se traduisant par une démence globale, mais affectant inégalement les diverses activités psychiques, idiotie acquise, compliquée par une série de phénomènes variables, excitation, dépression, délire confusionnel, hallucinatoire, etc., en rapport avec des processus encéphalitiques à évolution lente, non brutalement destructifs... La prédominance variable des lésions, soit sur la corticalité cérébrale, soit sur les connexions cortico-ganglionnaires et les noyaux opto-striés, expliquerait, peut-être, les formes cliniques et les symptômes interchangeables de la description kræpelinienne. Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours ici d'une insuffisance psychique primaire frappant surtout les fonctions qui sont prévalentes dans la jeunesse : affectivité, activité, spontanéité, curiosité, imagination ; le jugement, le raisonnement, la mémoire étant moins atteints.

La schizophrénie, qui prend ses sources dans une disposition anormale héréditaire, constitutionnelle ou acquise de l'affectivité et des « ergies », se traduisant par des réactions en quelque sorte métatypiques, reste une psychose rentrant dans le plan des aberrations mentales fonctionnelles. Ses manifestations sont provoquées par les traumas psychiques et favorisées par la sensibilité particulière aux sujets jeunes qui ont soif de réalités affectives ou dont la maturité se nourrit encore d'espoirs. Ces traumas psychiques engendreraient une inhibition, un engourdissement des centres sous-corticaux, foyers des ergies et animateurs de l'activité psychique corticale. Si la maladie dure longtemps on peut accepter que les conditions fonctionnelles anormales, jointes à l'appoint d'éléments nocifs (poisons exogènes, endogènes, hygiène défectueuse), engendrent des troubles psychiques de plus en plus graves constituant une véritable démence qui pourra être conditionnée par des altérations anatomiques. C'est ainsi que la schizophrénie, psychose sans substratum organique à l'origine ou seulement favorisée par des conditions psycho-biolo-

giques particulières, pourrait se terminer par une démence schizophrénique, et qu'à l'autopsie on pourrait déceler quelques lésions. Mais, au caractère spécifique du syndrome clinique schizophrénique on pourrait opposer le caractère banal de l'élément anatomo-pathologique. Les deux affections, démence précoce et schizophrénie, qu'on les confonde ou qu'on les sépare au point de vue nosologique, en raison de la nature ou de l'intensité plus ou moins grande du déficit psychique, n'en constituent pas moins des « états démentiels », au *sens pratique,* qui rendent les sujets incapables de vivre dans les conditions sociales normales.

Aussi est-il intéressant de séparer de ces « états démentiels » des états psychopathiques moins graves, compatibles avec la vie en société, et qui procèdent pourtant du mécanisme psycho-pathologique décrit par Bleuler.

Pour certains auteurs ils constituent des manifestations préschizophrènes ou des schizophrénies simples, latentes (Bleuler), des schizophrénies déguisées (Bumke), pour d'autres ils représentent des modalités particulières pour lesquelles nous avons accepté le terme de schizoses qui permet de grouper des formes psychotiques d'essence commune mais différentes par leur intensité, leur évolution, les réactions qu'elles entraînent.

Rudin parle ainsi de ces psychopathes schizophrènes « qu'on trouve dans les familles où il y a des déments précoces, dont la maladie ne peut être considérée comme un stade inférieur de la démence précoce et qui ne peuvent être comparés à aucune autre sorte de psychopathes ». Hoffmann trouve dans la descendance des parents déments précoces (?) des types psychopathologiques qu'il range en huit groupes, représentant la personnalité schizoïde « dont la caractéristique est la conduite autistique, la tendance à ignorer le monde extérieur, à se détacher de la réalité, ce qui provoque un manque de résonance affective. » Mais il a, lui aussi, le défaut de donner une extension trop grande à ce groupe dans lequel il range les dégénérés, en sorte que, pour cet auteur, le tempérament schizoïde s'étend jusqu'à la normale, opinion qui a été repoussée par Rudin.

En général, en tenant compte des critiques que nous avons déjà indiquées, dans une partie de ce travail, et que nous rappelons ici, on doit admettre avec Rudin que dans les familles de schizophrènes nets, c'est-à-dire de malades, il y a des psychopathes qui ont quelques points de contact psycho-

pathologique avec les premiers. Mais ce qui est plus intéressant c'est que dans les familles où l'on ne trouve pas d'antécédents de schizophrénie on trouve des individus ayant des réactions schizothymiques qui ne constituent pas un état psychopathique, ou bien qui ont des aptitudes schizoïdes, ou une orientation schizomaniaque de leur comportement qui en fait de véritables psychopathes. Ce sont les schizoïdes de Kretschmer, les schizophrènes déguisés de Bumke, les psychoses schizoïdes de Berze caractérisées par l'hyperirritabilité aperceptive et par des symptômes résiduels (rêverie, tendances à quéruler, idées de grandeur).

Ces conceptions s'accordent, en somme, avec celles que nous avons exprimées quand nous avons décrit les divers aspects cliniques de la schizoïdie et de la schizomanie. Nous avons surtout cherché à délimiter le domaine de la schizophrénie, psychose dans laquelle le comportement du sujet accuse une rupture avec le monde extérieur et des réactions antisociales, d'avec les états qui se déroulent suivant un processus psychopathologique analogue, mais avec une résistance différente à l'action pathogène, résultant d'une vulnérabilité moindre. Mais, nous ne nous refusons pas à admettre le passage de l'une à l'autre forme de la schizophrénie. Berze, au contraire, affirme la différence radicale entre le schizoïde hyperirritable aperceptif et le schizophrène, comme le positif est au négatif. La schizoïdie ainsi comprise serait, dit-il, productive, hyperproductive, hyperactive, riche en impulsions, c'est une hyperfonction ; la schizophrénie est hypoproductive, hypoactive.

C'est par un examen attentif des faits cliniques et grâce à une conception de la schizophrénie qui appelle de nouvelles études, fondées surtout sur l'hérédité, que le problème pourra être abordé avec des arguments plus décisifs.

La conception que nous défendons, de la schizophrénie et des schizoses en général s'accorde en partie avec la théorie dynamique de la démence précoce de M. Ad. Meyer, telle qu'elle a été résumée par M. Flournoy récemment. Bien que l'éminent psychiatre de Baltimore ait proposé en 1906 de réserver le nom de démence précoce exclusivement pour les individus dont la déchéance mentale est un fait accompli et d'employer pour les autres le terme d'états voisins (allied), il accepta, lors de la publication du livre de Bleuler, le terme de schizophrénie. De sorte que pour lui les deux termes sont synonymes. Il rejette donc la notion d'une démence précoce

entité nosologique reposant sur une base organique et ayant une symptomatologie traduisant un processus de détérioration en rapport avec les altérations anatomiques.

Pour tout ce qu'il groupe sous le nom de démence précoce ou de schizophrénie, comme pour les troubles psychasthéniques et hystériques, il admet que le processus psychopathologique prend son origine dans un défaut d'adaptation aux circonstances extérieures provoquant des réactions diverses. Ces réactions, malgré leurs justifications psychologiques primitives, dépassent le but d'une manière franchement nuisible. « Le passage à l'état morbide dans la démence précoce semble avoir lieu assez brusquement, d'où est née l'idée d'entité morbide véritable, analogue à ce que l'on observe en pathologie toxique ou infectieuse. Or, la transition rapide se conçoit également bien du point de vue dynamique. Chez le schizophrène, l'état de tension du conflit latent entre les forces antagonistes finit par se résoudre en faveur des moins bonnes. Mais il arrive, dans certains cas, que la rupture de compensation ait lieu à un moment précis sous l'influence de causes insignifiantes, d'où un début apparent subit. Voilà l'interprétation dynamique. »

Pour Ad. Meyer l'état morbide est l'aboutissant d'une longue série de réactions psychopathologiques dont les toutes premières étapes, impossibles à préciser, remontent toujours très loin. Il reconnaît donc l'existence de ce trouble préalable de la constitution psychique, dont nous avons parlé plus haut sous la dénomination d'état schizoïde. Quant à la symptomatologie son interprétation, d'après Meyer, doit être avant tout fonctionnelle, elle met au premier plan sans négliger certains troubles somatiques secondaires, accidentels, le rôle des facteurs psychologiques. « Elle est en outre dynamique parce qu'elle envisage la maladie comme une succession toujours variable de causes et d'effets et sous la forme de conflits de forces mal équilibrées ».

Cette conception qui a été qualifiée de psycho-biologique qu'il vaudrait mieux appeler psycho-sociale puisqu'elle met en relief le rôle des conflits de toutes sortes qui dans le courant de la vie en société met aux prises l'esprit avec les réalités, nous éloigne du système bleulérien. Elle est intéressante à notre point de vue parce qu'elle ne fait appel, pour expliquer le développement des psychoses, qu'à un processus psycho-pathologique, mécanisme que nous opposons à celui

que nous plaçons à l'origine de la démence précoce proprement dite.

Nous ne pensons toutefois pas qu'elle puisse être acceptée dans son intégrité car elle ne tient pas assez compte de l'importance de certaines fonctions biologiques (troubles du métabolisme d'origine endocrinienne ou nerveuse, troubles de la santé générale, fatigues, et surtout facteur héréditaire) qui ont bien leur valeur pour expliquer la rupture d'équilibre et l'insuffisance de l'effort compensateur, cause du début apparent de la psychose suivant la théorie dynamique.

***

Il m'apparaît superflu de vouloir tirer des conclusions thérapeutiques de cet exposé qui montre bien des divergences d'opinion, mais aussi des possibilités d'accord. Il convient de s'entendre sur la nature des maladies avant de formuler des préceptes d'hygiène et de traitement. Qu'on accepte ou non la distinction entre la D. P. et la schizophrénie, on admettra que, en présence d'états psychopathiques qui sont susceptibles d'évolution progressive, c'est le dépistage précoce des troubles psychiques qui présente le maximum d'intérêt. L'hygiène mentale par l'adaptation au milieu approprié à chaque individu jouera un rôle primordial. Ensuite une thérapeutique organique, anti-toxique, anti-infectieuse où la mise en œuvre des divers procédés psychothérapiques ou psychoanalytiques trouveront leur application suivant les cas. Les méthodes de traitement suivent aussi ici les voies de la pathologie générale, elles doivent reposer sur la pathogénie, qui demeure toujours la partie la plus discutable, la plus sujette à révision dans les sciences médicales. Aussi ne pourrons-nous que profiter des réflexions et surtout des critiques que provoquera la relation que j'ai tenté de faire des opinions qui ont été formulées au sujet de la démence précoce et de la schizophrénie.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 32.687